

Tartu Ülikool

Psühholoogia Instituut

Iiris Velling

**HÄIRUNUD SÖÖMISKÄITUMISE PSÜHHOLOOGILISED RISKIFAKTORID 12-
14-AASTASTEL LASTEL: LONGITUUDUURING**

Magistritöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Läbiv pealkiri: Häirunud söömiskäitumise psühholoogilised riskitegurid

Tartu 2015

Kokkuvõte

Häirunud söömiskäitumise psühholoogilised riskifaktorid 12-14-aastastel lastel: longituuduuring

Käesolevas töös uuriti longituudselt, kuidas häirunud söömiskäitumine ja selle erinevad aspektid (hõivatus toidust ja kehakaalust, tajutud sotsiaalne surve söömisele, toidu piiramine ning toitumise kontroll) muutuvad vanusega, ning tuvastati, millised psühholoogilised riskitegurid on kõige olulisemateks ennustajateks nii poistel kui ka tüdrukutel. Enesekohaseid küsimustike täideti 12-kuulise vahega kolmel korral. Esimesel testimiskorral olid lapsed 11-12-aastased (N = 308) ning viimasel korral 13-14-aastased (N = 249). Vanusega häirunud söömiskäitumine poistel vähenes ja tüdrukutel suurenes. Tüdrukutel suurenes see hõivatuse toidust ja kehakaalust ning toitumise kontrolli arvelt. Poistel vähenes häirunud söömiskäitumine hõivatuse toidust ja kehakaalust ning toidu piiramise arvelt. Võttes arvesse erinevaid riskitegureid, ennustas mõlemal sool häirunud söömiskäitumist tajutud sotsiaalne surve saledusele/lihaselisusele ja kõrgem perfektsionism, kuid erinevalt poistest ennustas tüdrukutel seda ka madal enesehinnang samas kui kõrgem kehamassiindeks ja püsiärevus polnud olulised. Vanuse suurenedes ilmnes tüdrukutel kehakujuga rahulolematuse ja isapoolse kontrolli mõju olulisus. Saadud tulemused on olulised sooliste erinevuste selgitamisel häirunud söömiskäitumise kujunemisel ja ennetustöö planeerimise seisukohalt.

Abstract

Psychological risk factors of disordered eating behaviour in 12-14-year old children: A longitudinal study

The present study investigated longitudinally, how disordered eating behaviour and its different aspects (preoccupation with food and weight, perceived social pressure to eat, food restriction, and perceived control over eating) alter with age. Also it was explored which psychological risk factors are the most important predictors among boys and girls. Self-report questionnaires were completed on three study waves, 12 months apart. During the first testing the children were 11-12-year old (N=308) and the last 13-14-year old (N = 249). With age, disordered eating behaviour decreased in boys and increased in girls. Among girls, this increase was due to the preoccupation with food and weight, and perceived control over eating. Among boys, the decrease in disordered eating behaviour was due to the preoccupation with food and weight, and food restriction. Taking into account different risk factors, among both gender, perceived pressure to be thin/muscular and a higher perfectionism level predicted disordered eating behaviour, however among girls, unlike boys, low self-esteem was also a predictor, while higher body mass index and trait anxiety were not. Among girls, body shape dissatisfaction and paternal control became more important predictors with age. The results of this study are important for clarifying the sex differences in the development of disordered eating behavior and for planning prevention strategies.

Sissejuhatus

Söömishäired on probleem, mis on viimasel aastakümnel pälvinud ühiskonnas üha enam tähelepanu ning jätkuvalt püütakse tuvastada selle väljakujunemise risikitegureid (Grave, 2011). Oluliseks probleemiks on ka häirunud söömiskäitumine varajases puberteedieas laste hulgas (Killen jt., 1996; Jones, Bennett, Olmsted, Lawson, & Rodin, 2001; Slane, Klump, McGue, & Iacono, 2014). Häirunud söömiskäitumine ennustab söömishäirete välja kujunemist (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004). Häirunud söömiskäitumist käsitletakse kui problemaatilist söömiskäitumist ja -hoiakuid, mille erinevate aspektide alla kuuluvad näiteks dieedi pidamine, kaalulangetamiseks treenimine, ülesöömishood, hõivatus toidust ja kehakaalust, lahtistite kasutamine jne (Ricciardelli & McCabe, 2001). Puberteediiga peetakse söömishoiakute ja -käitumise häirumise ja söömishäire väljakujunemise alguseks (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010), mil hakkavad välja kujunema soolised erinevused (Ferreiro, Seoane, & Senra, 2012) ning varajast puberteediiga perioodiks kui häirunud söömiskäitumine hakkab süvenema (Slane jt., 2014). Seetõttu on oluline uurida haavatavaks tegevaid tegureid just selles vanusegrupis.

Ligikaudu 25% noortest naistest kuulub kehakaalu ja -kuju murede tõttu söömishäirete risikigruppi ning 2-3%-l kujuneb välja söömishäire (Jacobi jt., 2011). Sarnane tulemus on ilmnenud 11- ja 12-aastaste tüdrukute hulgas, kellest 4%-l ilmnes söömishäirete sümptomaatikad (Killen jt., 1994). Samas söömishäired ja häirunud söömiskäitumine ei puuduta vaid naisi ja tüdrukuid. 11-17-aastaste laste hulgas leiti, et häirunud söömiskäitumine esineb ühel kolmandikul tüdrukutest ja 15%-l poistest (Herpertz-Dahlmann, Wille, Hölling, Vloet, & Ravens-Sieberger, 2008) ning üheksandas klassis 56%-l tüdrukutest ja 28%-l poistest (Croll, Neumark-Sztainer, Story, & Ireland, 2002). Lisaks on leitud, et viiendas klassis käivate poiste hulgas 4.2% on ise esile kutsunud oksendamist (Pearson, Combs, & Smith, 2010). Eestis läbiviidud uuringus ilmnes, et 18-25 aastastest hulgas ligikaudu 1%-l noormeestel ja 7.7%-l neidudel on esinenud mingit tüüpi söömishäire ning 51% tüdrukutest ja 12% poistest on püüdnud kaalu langetada (Akkermann, 2010). Aastal 2006 viidi läbi 11-, 13- ja 15-aastaste noorte hulgas „Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring“, milles ilmnes, et oma kehakaalu pidas vajalikuks langetada 27% tüdrukutest ja 14% poistest küsitatud 50 633 õpilasest (Aasvee jt., 2009), kuid 4 aastat hiljem 30% tüdrukutest ja 20% poistest 42 614 õpilasest (Aasvee, Streimann, Karelson, Oja, & Trummal, 2009). Tulemused viitavad, et ka Eestis on häirunud söömiskäitumine levinum tüdrukute hulgas, kuid tegemist on üha enam esile kerkiva probleemiga mõlemast soost varajases puberteedieas lastel.

Läbilõikelistes uuringutes on leitud, et tüdrukute hulgas suureneb häirunud söömiskäitumine vanusega (Wood jt., 1992; Jones jt., 2001). Longituudselts on leitud, et puberteedieas tüdrukute hulgas protsentuaalselt suureneb ning poiste hulgas väheneb nende laste hulk, kellel esineb kliiniliselt olulisel määral häirunud söömiskäitumist (Ferreiro jt., 2012) ning tüdrukute hulgas üldiselt suureneb ja poiste hulgas väheneb häirunud söömiskäitumine (Ferreiro, Seoane, & Senra, 2014). Kuna on leitud, et kõrgem häirunud söömiskäitumine ennustab aasta hiljem mõõdetud häirunud söömiskäitumist (Shomaker & Furman, 2009; Ferreiro jt., 2012) ning riskitegurite mõju muutub marginaalseks võttes arvesse aasta varem mõõdetud häirunud söömiskäitumise taset (Wichstrøm, 2000), võib eeldada, et neil, kellel on algul kõrgem häirunud söömiskäitumine, suureneb see ka aastatega rohkem. Eestis läbilõikelises uuringus on leitud, et 11-15-aastaste laste hulgas kasvab vanusega nende hulk, kes arvavad, et kehakaalu peaks muutma, seda eriti tüdrukute hulgas, kuid poiste puhul on märgata tüdrukutele vastupidist trendi (Eha, 2012). Hiljutises longituuduuringus on leitud, et tüdrukutel üldine häirunud söömise tase, buliimilised sümptomid, hõivatus toidust ja kehaga rahulolematuse suurenevad puberteediea vältel (Slane jt., 2011). Enamus häirunud söömiskäitumise alaseid uuringuid keskenduvadki aga tüdrukutele (Smolak, 2004; Pearson, Combs, & Smith, 2010) ning dünaamika ja kujunemine poistel on jäänud tagaplaanile.

Seni on leitud, et poiste ja tüdrukute häirunud söömiskäitumise kujunemise riskitegurites ilmneb mõningal määral sarnasusi, kuid domineerivad ka erinevused (Croll jt., 2002; Saling, Ricciardelli, & McCabe, 2005; Bearman jt., 2006; Downs, DiNallo, Savage, & Davison, 2007; Ferreiro jt., 2012; Jacskon & Chen 2014). Näiteks poistele mõjub häirunud söömiskäitumise kujunemisel kehaga rahulolematuse vähem kui tüdrukutele (Ferreiro jt., 2014). Seega on oluline uurida poisse ja tüdrukuid eraldi. Riskiteguriks loetakse faktoreid, mille puhul on leitud, et need ennustavad uuritavat aspekti ning nende põhjal jaotatakse isikud kõrgesse või madalasse riskigruppi kuuluvateks (Jacobi jt., 2004). Käesolev töö hõlmab kümmet erinevat söömishäirete riskitegurit.

Üheks riskiteguriks on kehaga rahulolematuse, mis ennustab nii poistel kui ka tüdrukutel häirunud söömiskäitumise suurenemist (Jackson & Chen, 2014). Kehaga rahulolematuse puhul on tegemist negatiivse hinnanguga oma kehale või kindlatele kehaosadele (Ferreiro jt., 2012). Kehaga rahulolematuse viib dieedi pidamiseni, mis omakorda mõjutab patoloogilise söömise välja kujunemist (Stice & Shaw, 2002). Puberteedieas tüdrukutel on leitud, et kehaga rahulolematuse on peamiseks häirunud söömishoiakute riskiteguriks (Johnson & Wardle, 2005) ning varajases puberteedieas poistel on kõrgem kehaga rahulolematuse nende hulgas,

kes soovivad kaalu langetada (Jones, Bain, & King, 2008). Samas Ferreira jt. (2012) leidsid, et puberteedieas pole kehaga rahulolematust ei poistel ega tüdrukutel kõige olulisemaks häirunud söömiskäitumise ennustajaks.

Teise riskitegurina kaasati kehamassiindeksit (KMI), mida seostatakse häirunud söömiskäitumise kujunemise ja suurenemisega (Keel, Fulkerson, & Leon, 1997; Snoek, van Strien, Janssens, & Engels, 2008; Espinoza, Penelo, & Raich, 2010). KMI kajastab pikkuse ja kehakaalu suhet olles kooskõlas ka rasvkoe mahu protsendiga (Laurson, Eisenmann, & Welk, 2011). Kõrgema kehamassiindeksiga 13-15-aastaste laste hulgas on Eestis rohkem neid õpilasi, kes on teinud midagi, et oma kehakaalu kontrollida (Eha, 2012). Nii poiste kui ka tüdrukute hulgas vanuses 13-18.5 on ülekaalulisus söömishäiret ennustavaks teguriks (Veses jt., 2015) ning on 8-12-aastaste hulgas peamiseks dieedipidamise ennustajaks (Saling jt., 2005). Varajases puberteedieas poistel on kõrgem KMI seotud sooviga kaalu langetada (Jones jt., 2008) ning on üheks olulisemaks häirunud söömiskäitumise ennustajaks (Ferreira jt., 2012).

Kolmanda riskitegurina kaasati pubertaalsed muutused, mida käsitletakse kui füüsilist arengut primaarsetes ja sekundaarsetes soolistes tunnustes (Dorn & Biro, 2011). Nende muutuste tajumine varases eas on seotud emotsionaalsete probleemidega (Carter, Jaccard, Silver, & Pina, 2009; Carter, Silverman, & Jaccard, 2013), see viib poistel ja tüdrukutel kehakaalu muutmise strateegiate kasutamiseni (McCabe, Ricciardelli, & Finemore, 2002) ning ennustab häirunud söömiskäitumist (Keel jt., 1997). Pubertaalne areng on risikifaktoriks nii poistel (Pearson, Combs, & Smith, 2010) kui ka tüdrukutel (Combs, Pearson, & Smith, 2011) häirunud söömiskäitumise kujunemisel varajases puberteedieas.

Neljanda riskitegurina kaasati tajutud sotsiaalne surve vastata iluideaalile. Enamasti keskendutakse kehakaaluga seotud käitumiste välja kujunemisel kolmele sotsiokultuurilisele surveallikale – meedia, perekond ja sõbrad (Ricciardelli & McCabe, 2001). Poiste söömiskäitumist mõjutavaks iluideaaliks on lihaselisus (Labre, 2002) ning tüdrukutel kõhnus (López-Guimerà, Levine, Sánchez-Carracedo, & Fauquete, 2010). Seetõttu keskendutakse ka sotsiaalse surve tajumise osas poiste puhul lihaselisuse ning tüdrukute puhul saleduse taotlusele (Ata, Ludden, & Lally, 2007). Ka McCabe, Ricciardelli, & Finemore (2002) leidsid, et 13-aastaste laste hulgas võtavad poisid omaks pigem lihastoonust tõstavaid ja tüdrukud kaalu langetavaid söömiskäitumisi. Poiste puhul on leitud, et tajutud sotsiaalne surve lihaselisusele on seotud häirunud söömiskäitumisega (Rodgers, Ganchou, Franko, & Chabrol, 2012) ja mõjutab poiste kaalulangetamiseks kasutatavaid strateegiaid (McCabe &

Ricciardelli, 2005a). Samuti ennustab tajutud sotsiaalne surve saledusele häirunud söömiskäitumise kujunemist tüdrukutel (Shomaker & Furman, 2009; Halliwell & Harvey, 2006; Caqueo-Úrizar, 2011).

Viiendaks kaasati perfektsionism, kuna on leitud, et puberteedieas ennustab see häirunud söömiskäitumist (McCabe & Vincent, 2003; Bento jt., 2010). Perfektsionism hõlmab püüdlusi täita endale püstitatud standardeid ning kriitilist enesehindamist vastavalt nende saavutamisele, olenemata negatiivsetest tagajärgedest (Shafran, Cooper, Fairburn, 2002). 8-12-aastaste poiste puhul ennustas perfektsionism läbilõikeliselt ja longituudseltsel dieedipidamist ja hõivatust treenitud kehast, kuid tüdrukute puhul ennustas vaid läbilõikeliselt dieedipidamist, hõivatust toidust ja treenitud kehast (Saling jt., 2005), samas on leitud vastupidist, et häirunud söömiskäitumist ennustavates mudelites jääb perfektsionism üheks olulisemaks riskiteguriks tüdrukutel, kuid mitte poistel (Ferreiro jt., 2012).

Kuuendaks käsitletakse uurimuses depressiooni, mis lastel hõlmab alanenud meeleolu, väärtusetus- ja üksindustunnet, suhtlemisraskusi, madalat enesehinnangut, psühhosomaatilisi kaebusi, naudingu puudust, ebaefektiivsust ja halba toimetulekut koolis (Samm jt., 2008). On leitud, et puberteedieas on häirunud söömiskäitumine seotud depressiooniga (Killen jt., 1994; Neumark-Sztainer & Hannan, 2000). Neil lastel, kellel on kõrgem häirunud söömiskäitumise tase on ka kõrgem depressiooni tase (Herpertz-Dahlmann jt., 2008). Eestis on 34% 13-15-aastastest õpilastest, kellel on esinenud viimase 12 kuu jooksul depressiivseid episoodide, teinud ka midagi oma kehakaalu kontrollimiseks, samas nende hulgas, kellel pole depressiivseid episoodide esinenud, on vastav protsent 18 (Eha, 2012). Depressioon ennustab häirunud söömiskäitumist nii tüdrukutel (McCabe & Vincent, 2003; Stice, Burton, & Shaw, 2004; Mayer jt., 2009; Ferreiro jt., 2012) ning ka poistel (Wichstrøm, 2000; Dominé, Berchtold, Akre, Michaud, & Suris, 2009).

Seitmendaks hõlmati enesehinnangut, mida Ferrerio jt. (2012) kontseptualiseerivad kui inimese üldist eneseväärtustamist. Seda on samuti seostatud puberteedieas häirunud söömiskäitumisega (Button & Loan, 1997; Neumark-Sztainer, & Hannan, 2000). On leitud, et madal enesehinnang ennustab hilises puberteedieas poiste ja tüdrukute söömisprobleeme (Mayer, Muris, Meesters, & Zimmermann-van Beuningen, 2009). Poistel on madal enesehinnang üheks olulisemaks häirunud söömiskäitumise ennustajaks (McCabe & Vincent, 2003) ning tüdrukutel ennustab see söömishäirete teket (Gual, 2001).

Kaheksandaks käsitleti püsiärevust, mis on püsiv ebameeldivust põhjustav emotsionaalne seisund, esinedes enamikes olukordades ning viies üliväsimuse ja –erutuse

(Sylvers, Lilienfeld, & LaPrairie, 2011). Ärevus kaasati, sest neil poistel ja tüdrukutel, kellel on kõrgem häirunud söömiskäitumise tase, on ka kõrgem ärevuse tase (Button & Loan, 1997; Herpertz-Dahlmann jt., 2008) ning ärevus on üheks olulisemaks häirunud söömiskäitumise ennustajaks nii poistel kui ka tüdrukutel (McCabe & Vincent, 2003).

Perekondlikest riskiteguritest kaasati käesolevasse uurimusse vanematepoolne tõrjumine ja kontroll. Isapoolse tõrjutuse tajumist on täheldatud ülekaalulistel naistel, kellel on liigsöömishäire (Dominy, Johnson, & Koch, 2000) ja anoreksiaga naised tajuvad isa kontrollivamana ning mõlemat vanemat vähem hoolivana (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008; Soenens, 2008). Head perekondlikud suhted ja toetus aitavad söömishäireid ära hoida, samas halvad perekondlikud suhted on riskifaktoriks söömishäiretele (Littleton & Ollendick, 2003). On toodud välja, et negatiivsed perekondlikud suhted seostuvad tüdrukutel ohtliku dieedipidamisega (Byely, Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2000) ning poistel toidulisandite kasutamisega (Ricciardelli & McCabe, 2003). Lisaks on leitud, et mõlema vanemaga koos elamine on kaitsvaks teguriks söömishäirete väljakujunemisel nii poistel kui ka tüdrukutel (Croll jt., 2002), mistõttu isa puudumine perest võib samuti olla täiendavaks riskiteguriks, mis kaasati seetõttu ka uurimusse.

Erinevaid riskifaktoreid käsitletavates uuringutes on leitud, et hilises puberteedieas on tüdrukutel söömisprobleemide otseseks ennustajaks madal enesehinnang ja depressiivsed sümptomid ning seosed ärevuse ja kiindumusstiili ning söömisprobleemide vahel jäävad kaudseks (Mayer, Muris, Meesters, & Zimmermann-van Beuningen, 2009), ning et teiste risikifaktorite kõrval on vaid depressioon noortel naistel kõige olulisemaks riskifaktoriks (Jacobi jt., 2011). Samas on ka leitud, et tüdrukutel on siiski ka ärevus koos depressiooni ja madala enesehinnanguga oluliseks häirunud söömiskäitumise ennustajaks ebaefektiivsuse, KMI, perfektsionismi ja pubertaalsete muututuste kõrval (McCabe & Vincent, 2003). On ka leitud vastupidiselt, et just perfektsionism ja KMI on samuti koos depressiooniga kõige olulisemaks madala enesehinnangu kõrval (Ferreiro jt., 2012) ning et depressioon ja ärevus on üheks olulisemaks riskifaktoriks, võttes arvesse siiski ka KMId (Herpertz-Dahlmann jt., 2008). Poistel on tuvastatud kõige olulisemaks ennustajaks ärevus, ebaefektiivsus, madal enesehinnang ja perfektsionism (McCabe & Vincent, 2003). Samas on leitud poiste puhul vastupidist, et perfektsionismi, madala enesehinnangu, depressiooni ja kehaga rahulolematuse kõrval on kõige olulisemad häirunud söömiskäitumise ennustajad KMI ja sotsiaalne toetus (Ferreiro jt., 2012). Jätakuvalt pole konsensust, millised risikifaktorid on kõige olulisemaks riskiteguriteks (Herperts-Dahlmann jt., 2008) ning veelgi vähem on

uuringuid, mis täpsustaks erinevate risikitegurite mõju häirunud söömiskäitumise erinevatele aspektidele ning seda ka poistel.

Häirunud söömiskäitumise erinevad aspektid hõlmavad endas erinevaid kognitiivseid ja käitumuslikke tegureid ning üks sagedamini kasutatav test nende mõõtmiseks on Laste Söömissoiakute Skaala (LSHS; *Children's Eating Attitudes Test*) (Ricciardelli & McCabe, 2001). Ricciardelli & McCabe (2001) toovad välja, et põhiliselt hõlmab LSHS kolme dimensiooni - dieedipidamine, hõivatus toidust ning sotsiaalne surve söömisele. Eestis on leitud, et LSHS mõõdab samuti toidukoguste piiramist, hõivatus toidust ja kehakaalust ning sotsiaalset survet söömisele, kuid eraldi aspektina eristub ka toitumise ja sellele mõtlemise kontrolli tajumine (Polli, 2011). Neid apsekte loetakse söömishäirete spetsiifilisteks hoiakulisteks ja käitumuslikeks faktoriteks (World Health Organization, 2004). Erinevaid aspekte tuleks vaadelda eraldi, sest on leitud, et häirunud söömiskäitumise ja –hoiakuteni viivad erinevad tegurid (Morris, Parra, & Stender, 2011) ning häirunud söömiskäitumise erinevate aspektide bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiokultuuriliste riskitegurite osas on poiste ja tüdrukute vahel erinevusi (Muris jt., 2005). Lisaks on näiteks leitud, et kõrgem KMI ennustab dieedi pidamist, kuid mitte hõivatust toidust (Saling jt., 2005) ning pubertaalsed muutused ennustavad küll häirunud söömiskäitumist ja dieedi pidamist, kuid mitte väljutavat käitumist (Baker, Thornton, Lichtenstein, & Bulik, 2012). See tõstatab veelgi küsimusi risikitegurite ja erinevate häirunud söömise aspektide vaheliste seoste osas.

Teadaolevalt pole tehtud varasemalt kõiki eelpool välja tooduid riskitegureid korraga käsitlevat longituuduuringut, mis keskenduks ka häirunud söömise erinevatele aspektidele ning kaasaks poisse. Käesoleva magistr töö eesmärgiks on uurida häirunud söömiskäitumist ja selle erinevaid aspekte ennustavaid risikitegureid ning nende longituudset mõju, keskendudes poiste ja tüdrukute vahelistele erinevustele. Lähtuvalt eeltoodust püstitati uurimusküsimused: Millised riskitegurid on kõige olulisemad häirunud söömishoiakute ja –käitumise ning selle erinevate aspektide ennustajad tüdrukutel ja poistel? Lisaks kas poistel häirunud söömiskäitumine vanusega väheneb ja tüdrukutel suureneb sõltudes esialgsest tasemest?

Meetod

Valim

Käesolevas magistritöös kasutatavad andmed koguti 2010 – 2012 läbiviidud uuringu „Vanuselised muutused söömiskäitumises ja häirunud söömiskäitumist ennustavad tegurid eelpuberteedialistel lastel“ raames, mil testiti lapsi 12-kuulise vahega kolmel korral.

Valim koosnes esimesel testimisel 175-st tüdrukust ja 133-st poisist ehk 308-st õpilasest. Katseisikud olid esimesel testimiskorral vanuses 11-12, erandiks üks 13- ja üks 14-aastane poiss. Laste keskmine vanus oli 11.53 (SD = .53). Teisel aastal osales uurimuses esialgsest valimist 86.86% tüdrukutest ja 81.95% poistest. Tüdrukuid oli teisel testimise korral 153 ja poisse 109 ehk 262 õpilast, mis on kokku esialgsest valimist 85%. Teisel testimiskorral olid lapsed enamasti vanuses 12-13, erandiks üks 14-aastane poiss ja kaks 14-aastast tüdrukut. Laste keskmine vanus oli 12.56 (SD = .52). Kolmandal aastal osales esialgsest valimist 78.85% tüdrukutest ja 83.5% poistest. Tüdrukuid oli kolmandal testimise korral 138 ja poisse 111 ehk 249 õpilast, mis on kokku esialgsest valimist 80.84%. Kolmandal testimiskorral olid lapsed enamasti vanuses 13-15, erandiks üks 16-aastane poiss. Laste keskmine vanus oli 13.63 (SD = .55).

Mõõtevahendid

Laste Söömishoiakute Skaala (LSHS), mida kasutati söömishoiakute ja -käitumise hindamiseks. Küsimustik koosnes kahekümne kuuest Maloney, McGuire'i ja Dalniels'i (1988) *Children's Eating Attitudes Test*-i põhjal eesti keelde tõlgitud väidetest ja kahest *Eating Attitudes Test*-ist (Garner & Garfinkel, 1979) pärinevast väitest. Skaala adapteerimisel jäi skaala 18-väiteliseks (Polli, 2010). Laste söömishoiakute ja -käitumise erinevaid aspekte uuriti LSHS nelja alaskaalaga: hõivatus toidust ja kehakaalust (muretsemine ja mõtlemine kehakaalust/figuurist), tajutud sotsiaalne surve söömisele (teistelt surve söömisele tajumine), piiramine (piiratakse toidukoguseid ja välditakse kaloririkkaid toite), kontroll (kuivõrd tunnetatakse, et suudetakse toitumist ja sellele mõtlemist kontrollida). Iga väidet hinnati 6-pallisel skaalal (0-*alati* kuni 5- *mitte kunagi*). Koguskoori Cronbachi alfa (α) vastavalt testimiskordadele .82, .86 ja .87. Alaskaala hõivatus toidust ja kehakaalust α vastavalt testimiskordadele .88, .92 ja .92. Alaskaala piiramine α vastavalt testimiskordadele .63, .64 ja .74. Alaskaala kontroll α vastavalt testimiskordadele .56, .72 ja .71. Alaskaala tajutud sotsiaalne surve söömisele α vastavalt testimiskordadele .80, .82 ja .87.

Laste Depressiooni Küsimustik (Children's Depression Inventory, CDI; Kovacs, 1992; eestikeelne versioon Pruulmann, 2006), mida kasutati depressiooni mõõtmiseks koosneb 27-st enesekohasest väitegruppist. Igas väitegrupis on kolm väidet ja uuringus osaleja pidi valima välja, milline neist viimase kahe nädala jooksul kõige rohkem tema kohta käib. Esimesel testimise korral $\alpha = .88$, teisel $\alpha = .87$ ja kolmandal $\alpha = .84$.

Rosenbergi Enesehinnangu Skaala (Rosenberg Self-Esteem Inventory, Rosenberg, 1965; eestikeelne versioon Pullmann & Allik, 2000), mida kasutati enesehinnangu mõõtmiseks. Küsimustik koosneb 10 väitest, millele tuli originaalis vastata 5-pallisel skaalal, kuid antud uurimuses lastel vastamise lihtsustamiseks muudeti 3-palliseks (0- *ei ole üldse nõus* kuni 2- *täiesti nõus*). Cronbachi alfa'd vastavalt testimiskordadele olid .85, .86 ja .85.

Kehakujuga rahulolu hinnati küsimusega „Kas sa oled oma kehakujuga rahul?“ (0- *ei*, 1- *jah*).

Tajutud Sotsiaalne Surve Skaala koostati antud uuringu tarbeks. Skaala koosneb üheksast enesekohasest väitest, mis hindasid sotsiaalse surve tajumist saledusele/lihaselisusele sõpradelt (nt *Minu sõbrad on mulle öelnud, et peaksin kaalus alla võtma*), pereliikmetelt (nt *Mu pereliikmed narrivad mind mu kehakaalu või kehakuju pärast*) ja meedialt (nt *Ajakirju, ajalehti lugedes ja televiisorit vaadates tundub mulle, et peaksin olema sale*). Väiteid paluti hinnata 3-pallisel skaalal (0- *mitte kunagi*, 1- *harva*, 2- *tihti*). Poiste puhul keskenduti lihaselisuse ja tüdrukutel saleduse taotlusele. Poistel Cronbachi alfa vastavalt testimiskordadele .69, .63 ja .71. Tüdrukutel α vastavalt testimiskordadele .75, .71 ja .73.

Kehamassiindeks (KMI) arvutati kaalu ja pikkuse põhjal ($KMI = \text{kehakaal [kg]} / \text{pikkus [m]}^2$).

Seisundi- ja Püsiärevuse Skaala Lastele (State and Trait Anxiety Inventory for Children; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori, & Platzek 1973; eesti keelde kohandatud antud uuringu tarbeks). Käesolevas uuringus kasutati püsiärevuse skaalat. Tegemist on 21-väitelise ja 3-pallilise skaalaga (0-*peaaegu mitte kunagi* kuni 2-*tihti*). Cronbachi alfa vastavalt testimiskordadele .89, .86 ja .90.

Pubertaalsed muutusi hinnati enesekohaste küsimustega „Kas sulle tundub, et sinu kehakuju on hakanud muutuma?“ (0-*ei*, 1- *jah*) ning „Kui hirmutavad tunduvad sulle keha muutused?“, millele vastati 3-pallisel skaalal (0-*Ei ole üldse hirmutavad* kuni 2-*Väga hirmutavad*).

Perfektsionismi hindamiseks kasutati *Child and Adolescent Perfectionism Scale* edasiarendatud versiooni (O'Connor, Dixon, & Rasmussen, 2009), mis hõlmab nii enesele

suunatud kui sotsiaalselt ettekirjutatud perfektsionismi (skaala kohandamise kohta vt Kalde, 2013). Väiteid hinnati 3 palliselt skaalal (0- *ei ole üldse nõus* kuni 2-*täiesti nõus*). Töös kasutati skaala koguskoori. Koguskoori α vastavalt testimiskordadele .79, .80 ja .80.

Vanemliku heakskiidu- tõrjumise/ kontrolli küsimustik (Parental Acceptance-Rejection Control Questionnaire; PARQ/ Control: Child version; Rohner, 2005; eestikeelne versioon Tulviste ja Rohner, 2010), mida kasutati hindamaks, kuidas laps tajub suhteid vanematega. Küsimustike kasutati isa ja ema kohta eraldi. Küsimustik koosneb 29-st väitest, mida hinnatakse 4-pallilisel skaalal (1 – *ei kehti peaaegu kunagi* kuni 5 – *kehtib peaaegu alati*) hõlmates viit alaskaalat: Soojus/kiindumus (afektiivse seotuse kvaliteet vanema ja lapse vahel), Vaenulikkus/agressiivsus (vanema kavatsus emotsionaalselt või füüsiliselt kahjustada last), Ükskõiksus/hoolimatus (lapse vajaduste mitte rahuldamine ja hooletusse jätmine), Tagasilükkamine (tunne, et vanemad ei hooli ega armasta), Kontroll (lapse tegevuste reguleerimine, vanematest sõltuvuse soodustamine, mõtete ja tunnete liigne juhendamine). Koguskoor moodustub neljast esimesest alaskaalast ning kontrolli alaskaalat vaadeldakse eraldi. Käesolevas töös kasutati analüüsides koguskoori ja kontrolli alaskaalat. Isa kohta vastatud Kontrolli alaskaala α vastavalt testimiskordadele .66, .67 ja .71. Ema kohta vastatud Kontrolli alaskaala α vastavalt testimiskordadele .61, .61 ja .54. Ema ja isa kohta vastatud tõrjumise kohta mõõtvate küsimustike puhul olid mõlemal sool esimesel testimise korral $\alpha = .89$, teisel $\alpha = .88$ ja kolmandal $\alpha = .92$.

Isa eemalolek/puudumine perest, mille tuvastamiseks paluti lastel märkida, kellega nad koos elavad ning lisaks teiste pereliikmetele oli valikus ka isa. Seejärel grupeeriti lapsed vastavalt sellele, kas isa elas nendega või mitte (0- *linnukest polnud märgitud*, 1- *linnuke oli märgitud*).

Protseduur

Uuringu läbiviimiseks saadi luba TÜ Inimuurigute Eetikakomiteelt. Uuringus osalevatele koolidele edastati lapsevanemate ja laste informeeritud nõusolekuleht, mis kirjeldas ühtlasi ka uuringu sisu. Allkirjastatud nõusolekulehed tagastati esimese testimise alguseks klassijuhatajale, kes need uuringu läbiviijale edastas. Uuringus osalesid, vaid need lapsed, kelle vanemad ja kes ise selleks allkirja ja nõusoleku andsid. Selgitati, et uuringus osalemisest võib igal ajahetkel loobuda.

Kool määras testimiseks sobivaima klassiruumi ning täitmise ajal, mis võttis aega kuni 45 minutit, ei viibinud ruumis kedagi peale testija ja uurimuses osalejate. Lapsed paigutati

teeneteisest võimalikult kaugele istuma. Testipakett oli kohandatud mõlemale soole sobivaks ning koosnes enesekohastest väidetest. Testimise algul selgitati küsimustiku sisu, paluti kõik väited lugeda läbi korralikult ning rõhutati võimalust uuringu läbiviijalt vajadusel abi küsida. Toonitati, et test tuleb täita iseseisvalt ning paluti kaasõpilasi mitte häirida. Lisaks toodi välja ka, et tulemusi kasutatakse vaid teadustöös üldistatud kujul, mis tähendab, et kõrvalised isikud ei puutu tulemustega kokku ning isiku vastused on konfidentsiaalsed. Seejärel jagati lastele testid. Igale õpilasele määrati esimesel korral identifitseerimiskood, mis kirjutati testipaketile ning selle alusel viidi järgnevate mõõtmiskordade tulemused kokku.

Kirjaliku testi täitmise järgselt kaaluti ja mõõdeti laste pikkust arstikabinetis. Ruumis ei viibinud korraga üle kahe õpilase ja tagati, et teised tulemusi ei näe. Kaalumisel võtsid õpilased ära raskemad riided, ehted, vööd, jalanõud ja tühjendasid taskud. Mõõtmisi viis läbi testija kaasuurijaga või abistas teda medõde/kooliarst.

Käesoleva magistritöö autor liitus uurimisrühmaga kolmandal aastal ja osales seejärel poolte koolide testide läbiviimisel, sisestas 1/4 andmetest ja koordineeris koolidele tagasiside andmise.

Andmeanalüüs

Andmeanalüüside läbiviimiseks kasutati programmi SPSS 17.0. Laste Söömishoiakute Skaala lõikes asendati puuduvad andmed *Expectation Maximazition* meetodil nendel katseisikutel, kellel oli selle skaala piires puudu kuni 10% andmetest ehk 1 vastus. Töös kasutati kirjeldavaid statistikuid, sõltumatute valimite t-testi, dispersioonanalüüsi, muutujate vaheliste seoste hindamiseks kasutati korrelatsioonanalüüsi ja mitmest regressioonanalüüsi. LSHS ja selle alaskaalade vanuseliste muutuste uurimiseks ja söömishäirete riskitegurite prospektiivsete mõjude mudeldamiseks kasutati lineaarset segamudelit (*mixed models*), mis võimaldab kaasata mudelisse nii fikseeritud kui juhuslikke faktoreid.

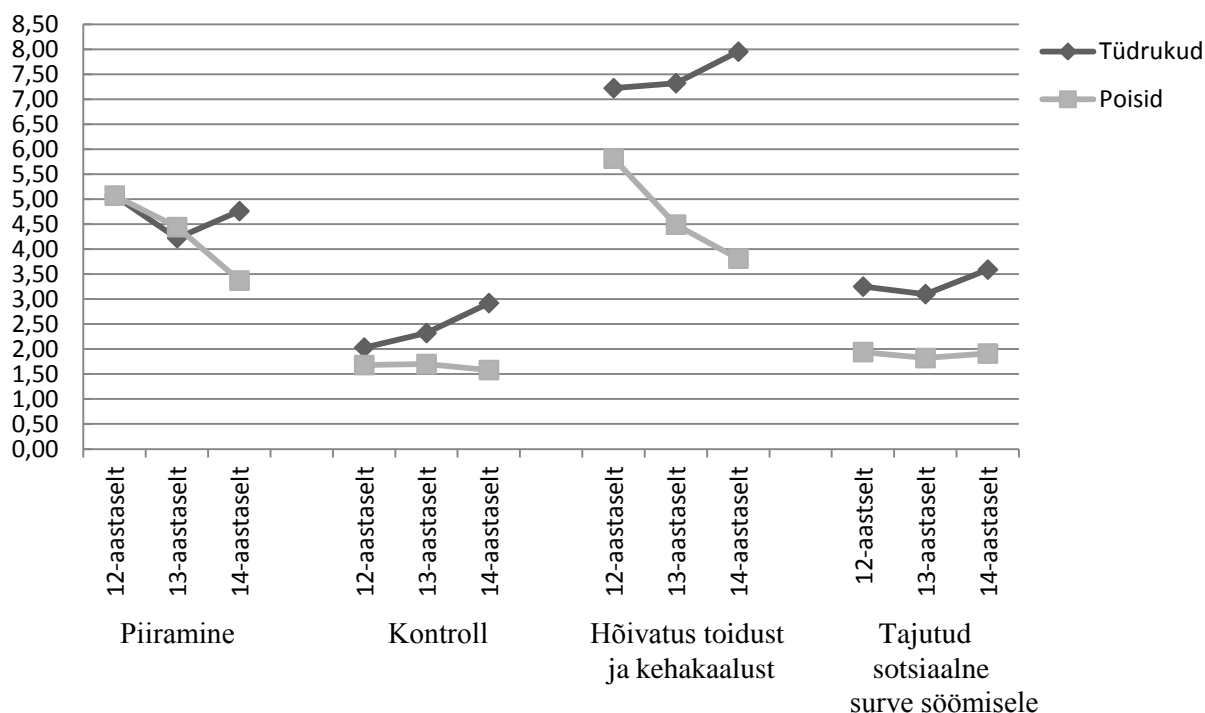
Sellist analüüsi meetodit käsitletakse sageli ka kui mitmetasandilist mudelit, juhusliku efektiga mudelit ja kahetasandilist hierarhilist lineaarset mudelit (West, 2009). Segamudelit kasutati, kuna selle eeliseks on longituudse uuringu puhul toimetulek puuduvate väärtustega kaasates analüüsidesse ka neid isikuid, kellel esineb mõne mõõtmiskorra lõikes puuduvaid väärtusi (West, 2009; Gibbons, Hedeker, & DuToit, 2010). Segamudel põhineb suurima tõepära meetodil, mis puuduvate väärtuste korral muutuste mudeldamisel, eeldades juhuslikkust, summeerib iga isiku panust mudelisse andes suurema kaalu neile, kellel on rohkem mõõdetud väärtusi (Curran, Obeidat, & Losardo, 2010). Samuti on segamudeli

oluliseks eeliseks võimalus määrata andmetele sobivaim kovariatsioonimaatriks ning kaasata mudelisse isikute vahel varieeruv regressioonisirge tõus ja vabaliikme parameetr (Gibbons, Hedeker, & DuToit, 2010). West (2009) toob illustreerimiseks välja, et longituuduuringu puhul on tegemist sarnase olukorraga, kus õpilasi on mõõdetud samas klassiruumis, kuid antud juhul on korduvmõõtmised samal uuringus osalejal. Esimese tasandi muutujaks on mõõtmiskorrad ja teise tasandi muutujaks on uuringus osalenud. Käesolevalt loodi segamudelid lähtudes Bliese & Ployhart (2002) poolt välja toodud sammudele ja Heck, Thomas, & Tabata (2010) näidetel. Samuti arvestati Field (2010) ja Fitzmaurice, Laird, & Ware, (2011) poolt välja toodud õpetusi.

Tulemused

Laste Söömishoiakute Skaala ja selle alaskaalade soolised erinevused

Laste Söömishoiakute Skaala (LSHS; min = 0, max = 90) ja selle alaskaala sooliste erinevuste tuvastamiseks viidi läbi sõltumatute valimite t-test. LSHS alaskaalade keskmised on toodud joonisel 1 ning koguskoori keskmised lisas 1. LSHS skooris ei olnud statistiliselt oluliselt erinevust tüdrukute ja poiste skooride vahel 12-aastaselt ($t = -1.68$, $df = 290$, $p = .093$), 13-aastaselt oli tüdrukute skoor statistiliselt oluliselt kõrgem ($t = -3.86$, $df = 245.81$, $p = .0001$) ja 14-aastaselt veelgi kõrgem ($t = -6.83$, $df = 228.68$, $p = .0001$). Piiramise alaskaala skooris ei olnud statistiliselt oluliselt erinevusi sugude vahel 12-aastaselt ($t = .43$, $df = 279$, $p = .665$) ega ka 13-aastaselt ($t = -.02$, $df = 248$, $p = .987$), kuid 14-aastaselt oli tüdrukute piiramise alaskaala skoor statistiliselt oluliselt kõrgem ($t = -3.258$, $df = 246$, $p = .0001$). Ka kontrolli alaskaala skooris ei olnud statistiliselt oluliselt erinevusi tüdrukute ja poiste skooride vahel 12-aastaselt ($t = -.13$, $df = 265$, $p = .899$) ega ka 13-aastaselt ($t = -1.47$, $df = 232$, $p = .145$), kuid 14-aastaselt oli tüdrukute skoor statistiliselt oluliselt kõrgem ($t = -3.01$, $df = 241$, $p = .002$). 12-aastaselt mõõdetud Hõivatus toidust ja kehakaalust alaskaala skooris ei olnud statistiliselt oluliselt erinevust tüdrukute ja poiste skooride vahel ($t = -1.62$, $df = 274$, $p = .105$). Samas aasta hiljem oli tüdrukute skoor statistiliselt oluliselt kõrgem ($t = -3.46$, $df = 240.96$, $p = .001$) ja 14-aastaselt oli erinevus veelgi suurem ($t = -6.27$, $df = 221.32$, $p = .0001$). Tajutud sotsiaalse surve söömisele alaskaala osas olid tüdrukutel kõrgemad tulemused nii 12-aastaselt ($t = -2.748$, $df = 298.59$, $p = .006$), 13-aastaselt ($t = -4.099$, $df = 249.519$, $p = .0001$) kui ka 14-aastaselt ($t = -3.72$, $df = 242.722$, $p = .0001$).



Joonis 1. Laste Söömishoiakute Skaala alaskaalade keskmised skoorid tüdrukutel ja poistel

Laste Söömishoiakute Skaala ja selle alaskaalade vanuselised muutused

Muutuste ja nende trajektooride hindamiseks segamudeliga kodeeriti vanus vastavalt mõõtmiskorrale (12-aastaselt mõõdetud tulemused = 0, 13-aastaselt = 1, 14-aastaselt = 2) ning seejärel keskmistati 13-aastaselt mõõdetud mõõtmiskorrale, vähendamaks lineaarse ja ruutfunktsiooni vahelist kolineaarsust. Nendel mudelitel, millel ruutfunktsioon polnud oluliseks ennustajaks kasutati edasistes analüüsides keskmistamata kodeeritud vanust.

Esmalt loodi null-mudelid tuvastamaks kui palju laste vaheliste erinevuste tõttu varieeruvad LSHS koguskoori ja selle alaskaalade tulemused, mida kirjeldatakse läbi klassisisese korrelatsioonikoefitsendi (ICC) arvutamise. Lähtuti kriteeriumist, et varieeruvus peab olema suurem kui 5% (Heck jt., 2010) Heck jt. (2010) toovad välja klassisisese korrelatsioonikoefitsendi arvutamiseks järgneva valemi:

$$ICC = \frac{\text{Vabaliikme varieeruvus}}{\text{Vabaliikme varieeruvus} + \text{Jäägi varieeruvus}}$$

Null mudelid LSHS koguskoori ja selle alaskaalade osas poistel ja tüdrukutel on toodud lisas 2. Ilmnes, et 67.5% LSHS ning 45.1% kontrolli, 72.7% hõivatus toidust ja kehakaalust, 54.0% piiramise ja 63.7 % tajutud sotsiaalse surve söömisele alaskaalade varieeruvusest

tuleneb tüdrukute vahelistest erinevustest. Samas 55.2% LSHS ning 61.2%, 54.7% kontrolli, 55.4% piiramise ja 52.9% tajutud sotsiaalse surve söömisele alaskaalade varieeruvusest tuleneb poiste vahelistest erinevustest.

Teise sammuna hinnati, kas LSHS ja selle alaskaalade skoorid muutuvad vanusega ning kas muutust seletab paremini lineaarne või ruutfunktsioon, mille lisamiseks loodi mõõtmiskordade vaheline interaktsioon. Mudeli valikul hinnati esmalt ruutfunktsiooni olulisust. Ruutfunktsiooni olulisuse puudumisel eemaldati see ning vaadati lineaarset muutust vanusega. Kolmanda sammuna, kui tuvastati muutus, hinnati, kas on indiviididevahelisi erinevusi regressioonisirges ehk muutuse trajektooris ning seejärel lisati ka vabaliikme ja regressioonisirge kovariatsioon. Iga parameetri lisamisel arvutati -2 Log Likelihood muutus ja hinnati selle statistilisest olulisusest lähtudes Field (2009) poolt välja toodud kriitilistest väärtustest. Neljanda sammuna hinnati, milline jääkdispersiooni kovariatsioonistruktuur sobib enim viies läbi analüüsid nii skaleeritud ühikmaatriksi, esimest järku autoregressiivse, heterogeense esimest järku autoregressiivse, kompaundsümmeetrilise, struktureerimata, diagonaal ja Toeplitz'i kovariatsioonimaatriksiga. Valikul lähtuti väikseima AIC parameeteri kriteeriumist (Field, 2009). Lõplikud mudelid LSHS ja selle alaskaalade vanuselised muutused on toodud lisas 3.

Tüdrukutel LSHS ($F_{(1,131.68)} = 9.83$, $p = .002$) ning selle alaskaalade Kontroll ($F_{(1,143.62)} = 14.30$, $p = .0001$) ja Hõivatus toidust ja kehakaalust ($F_{(1,144.80)} = 10.56$, $p = .001$) osas ilmnes, et vanusega suureneb nende skoor lineaarselt. Tajutud sotsiaalse surve söömisele ($F_{(1,180.885)} = 3.03$, $p = .084$) alaskaala skoor ei muutunud statistiliselt oluliselt kolme aasta jooksul. Samas piiramise alaskaala osas ilmnes ootamatu tulemus, et ruutfunktsioon ($F_{(1,130.27)} = 12.17$, $p = .001$) oli statistiliselt oluliseks ennustajaks – langes 13-aastaselt ning seejärel jälle suurenedes 14-aastaselt. Sobivaimaks LSHS, Piiramise, Tajutud sotsiaalse surve söömisele ning Hõivatus toidust ja kehakaalust alaskaala jääkdispersiooni kovariatsioonistruktuurideks ilmnes esimest järku autoregressiivne. Kontrolli alaskaala puhul oli sobivaim heterogeenne esimest järku autoregressiivne jääkdispersiooni kovariatsioonistruktuur. Algsed skoorid ja regressioonisirge tõusud varieerusid statistiliselt oluliselt nii LSHS kui ka Kontrolli ning Hõivatus toidust ja kehakaalust alaskaalade puhul. Positiivne kovarieeruvus LSHS regressioonisirge tõusu ja vabaliikme vahel viitas, et need tüdrukud, kellel 12-aastaselt oli kõrgem LSHS skoor suurenes see läbi kolme aasta rohkem võrreldes nendega, kellel oli skoor 12-aastaselt madalam. Negatiivne kovariatsioon piiramise alaskaala osas viitas, et tüdrukutel, kellel 12-aastaselt oli kõrgem skoor, langes see ka rohkem võrreldes nendega, kellel oli

madalam. Statistiliselt olulise kovariatsiooni puudumine Kontrolli ning Hõivatus toidust ja kehakaalust alaskaalade osas viitas, et 12-aastaselt mõõdetud Kontrolli ning Hõivatus toidust ja kehakaalust alaskaalade tase ei määra kui palju see vanusega suureneb.

Poistel vanusega LSHS ($F_{(1,178.249)} = 19.49$, $p = .0001$) ning alaskaalade Piiramine ($F_{(1,128.85)} = 25.16$, $p = .0001$) ja Hõivatus toidust ja kehakaalust ($F_{(1,120.96)} = 23.08$, $p = .0001$) skoor langeb lineaarselt. Kontrolli ($F_{(1,196.69)} = .06$, $p = .800$) ja Tajutud sotsiaalse surve söömisele ($F_{(1,93.42)} = .74$, $p = .391$) alaskaala skoorid ei muutu vanusega. Sobivaimaks jääkdispersiooni kovariatsioonistruktuuriks LSHS, Tajutud sotsiaalse surve söömisele ja piiramise puhul ilmnas heterogeene esimest järku autoregressiivne ning hõivatus toidust ja kehakaalust alaskaala osas esimest järku autoregressiivne. Algsed skoorid varieerusid poistel LSHS ja piiramise puhul statistiliselt oluliselt, kuid ei erinenud regressioonisirge tõusud ehk nendel poistel, kellel oli 12-aastaselt LSHS ja piiramise skoor kõrgem, langeb läbi kolme aasta LSHS skoor sama palju kui neil, kellel 12-aastaselt oli madalam. Samas hõivatus toidust ja kehakaalust alaskaala osas varieerus ka regressioonisirge tõus ning negatiivne kovarieeruvus vabaliikmega viitas, et nendel poistel, kellel 12-aastaselt oli alaskaala hõivatus toidust ja kehakaalust skoor kõrgem, langes see ka rohkem.

Laste Söömishoiakute Skaala läbilõikelised seosed söömishäirete riskiteguritega.

Erinevate söömishäirete riskitegurite korrelatiivsed seosed Laste Söömishoiakute Skaala skooriga aastate lõikes on toodud tabelis 1. Kuna hirm pubertaalsete muutuste ees poistel polnud piisavalt diferentseerunud ning vastused olid kallutatud hirmu puudumise suunas ei kaasatud neid edasistesse analüüsidesse.

Tabel 1. Söömishäirete riskitegurite läbilõikelised seosed Laste Söömishoiakute Skaalaga

Riskifaktor	Tüdrukud			Poisid		
	LSHS 12 aastaselt	LSHS 13 aastaselt	LSHS 14 aastaselt	LSHS 12 aastaselt	LSHS 13 aastaselt	LSHS 14 aastaselt
TSSS/TSSL	.61**	.62**	.64**	.52**	.51**	.42**
KMI	.27*	.26*	.29**	.34**	.29**	.35**
Ärevus	.52**	.54**	.44**	.45**	.53**	.54**
Enesehinnang	-.48**	-.64**	-.48**	-.33**	-.40**	-.21*
HPM	.34*	.27**	.32**			
Depressioon	.44**	.62**	.49**	.33**	.44**	.29**
Perfektsionism	.23*	.43**	.47**	.46**	.31**	.27**
Emapoolne tõrjutus	.20*	.33**	.38**	.18	.23*	.16
Emapoolne kontroll	.17	.08	.28**	.29**	.20	.27*
Isapoolne tõrjutus	.18	.23*	.16	.11	.31*	.19
Isapoolne kontroll	.11	.08	.20*	.23*	.08	.06

Märkus. **p = .0001, *p < .05; LSHS – Laste söömishoiakute skaala; TSSS- Tajutud sotsiaalne surve saledusele; TSSL- Tajutud sotsiaalne surve lihaselisusele; KMI – Kehamassiindeks; HPM- Hirm pubertaalsete muutuste ees

Isa puudumise/ perest eemalolek seosed Laste Söömishoiakute Skaala ja selle alaskaaladega

Isa puudumise/eemaloleku perest mõju analüüsidest ilmnes, et see oli seotud tüdrukutel kõrgema Tajutud sotsiaalse survega söömisele nii 12-aastaselt ($F_{(1,136)} = 3.79$; $p = .048$), 13-aastaselt ($F_{(1,126)} = 8.30$, $p = .005$) kui ka 14-aastaselt ($F_{(1,136)} = 8.99$, $p = .003$). Teiste alaskaalade ja LSHS koguskooris ei olnud tüdrukutel vanuselisi erinevusi. Poiste puhul isa puudumine või eemaloleks perest oli seotud vaid kõrgema LSHS koguskooriga 14-aastaselt ($F_{(1,100)} = 3.99$, $p = .048$). Teiste alaskaalade osas puuduvad statistiliselt olulised vanuselised erinevused.

Kehakujuga rahulolu ja pubertaalsete muutuste seosed Söömishoiakute Skaala ja selle alaskaaladega

Kehakujuga rahulolematutel tüdrukutel on statistiliselt oluliselt kõrgem LSHS koguskoor igas vanuses, vastavalt 12-aastaselt ($F_{(1,118)} = 21.49$, $p = .0001$), 13-aastaselt ($F_{(1,120)} = 47.43$, $p = .0001$) ja 14-aastaselt ($F_{(1,131)} = 36.74$, $p = .0001$). Samuti alaskaalas Hõivatus toidust ja kehakaalust oli kehakujuga rahulolematutel kõrgem skoor 12-aastaselt ($F_{(1,118)} = 69.34$, $p = .0001$), 13-aastaselt ($F_{(1,140)} = 95.97$, $p = .0001$) ja 14-aastaselt ($F_{(1,133)} = 50.72$, $p = .0001$). Alaskaalas Piiramine oli statistiliselt oluliselt kõrgem skoor kehaga rahulolematutel tüdrukutel 13-aastaselt ($F_{(1,141)} = 6.35$, $p = .013$) ja 14-aastaselt ($F_{(1,136)} = 12.20$, $p = .001$), kuid mitte 12-aastaselt. Kontrolli alaskaala osas olid erinevused kehakujuga rahulolematute ja

rahulolevate tüdrukute vahel vaid 13-aastaselt ($F_{(1,133)} = 9.924$, $p = .002$). Tajutud sotsiaalse surve söömisele osas ei ilmnunud kehakujuga rahul või mitterahul olevate tüdrukute vahel erinevusi. Kuna poiste puhul oli kehakujuga rahulolematuid marginaalselt, siis edasistesse analüüsidesse kehakujuga rahulolu poiste puhul ei kaasatud.

Nendel tüdrukutel, kes tajuvad pubertaalseid muutusi, oli statistiliselt oluliselt kõrgem LSHS skoor vaid 13-aastaselt ($F_{(1,120)} = 4.28$, $p = .041$). Alaskaalade puhul statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud. Poistel, kes tajuvad pubertaalseid muutusi, on statistiliselt oluliselt kõrgem LSHS koguskoor 12-aastaselt ($F_{(1,95)} = 16.88$, $p = .0001$) ja 13-aastaselt ($F_{(1,85)} = 15.29$, $p = .0001$). Pubertaalseid muutusi tajuvatel poistel oli Hõivatus toidust ja kehakaalust alaskaalas kõrgem skoor 12-aastaselt ($F_{(1,119)} = 14.64$, $p = .0001$) ja 13-aastaselt ($F_{(1,95)} = 10.67$, $p = .002$). Piiramise alaskaalas oli statistiliselt oluliselt kõrgem skoor pubertaalseid muutusi tajuvatel poistel 12-aastaselt ($F_{(1,123)} = 5.76$, $p = .018$), kuid mitte 13-aastaselt. Kontrolli ning Tajutud sotsiaalse surve söömisele alaskaalade osas puudusid erinevused poiste vahel.

Laste Söömishoiakute Skaala vanuselist muutust ennustavad söömishäirete riskitegurid

Pidevad sõltumatud muutujad keskmistati nii poistel kui tüdrukutel vastavalt iga muutuja keskmisele väärtusele. Pidevate muutujate keskmised ja omavahelised seosed on toodud poistel lisas 4 ja tüdrukutel lisas 5. Seega vabaliikme väärtus ja interaktsioonid on vastavuses olukorrale kui riskitegurid on keskmisel tasemel. Mudelisse lisati korraga kehakujuga rahulolu, tajutud sotsiaalne surve lihaselisusele/saledusele, depressioon, ärevus, perfektsionism, isa olemasolu, isapoolne kontroll, emapoolne kontroll, isapoolne tõrjutus, emapoolne tõrjutus, KMI, pubertaalsed muutused, hirm pubertaalsete muutuste ees ja enesehinnang ning nende interaktsioonid vanusega. Seejärel eemaldati kõik ebaolulised interaktsioonid. Pärast seda eemaldati kõik statistiliselt ebaolulised muutujad, jättes sisse need, mille interaktsioonid vanusega olid statistiliselt olulised. Poiste puhul jäeti välja kehakujuga rahulolu ja hirm pubertaalsete muutuste ees. Poiste ja tüdrukute LSHS skoori ja selle vanuselist muutust ennustavate riskitegurite mudelid on toodud tabelis 2.

Tüdrukutel ennustab LSHS kõrgemat esialgset skoori 12-aastaselt mõõdetud tajutud sotsiaalne surve saledusele ($F_{(1,95.434)} = 34.10$, $p = .0001$), perfektsionism ($F_{(1,90.798)} = 4.31$, $p = .04$) ning madal enesehinnang ($F_{(1,91.800)} = 6.23$, $p = .01$). Riskitegurid seletavad 76.5% LSHS variatiivsusest tüdrukute vahel, mis arvutati võttes arvesse kovariatsiooni vabaliikme variatiivsuse vähenemist võrreldes risikitegureid kaasavat mudelit ainult vanuselist

suurenemist arvestava mudeliga. Nendel tüdrukutel, kes on kehaga rahulolematud ($F_{(1,81.327)} = 5.785$, $p = .02$) suureneb LSHS skoor statistiliselt oluliselt rohkem. Lisaks need tüdrukud, kes tunnevad keskmisest rohkem isapoolset kontrolli ($F_{(1,80.554)} = 6.41$, $p = .01$) suureneb vanusega LSHS skoor rohkem ($F_{(1,80.57)} = 4.96$, $p = .03$). Võttes arvesse kehaga rahulolematust ja isapoolset kontrolli LSHS koguskoori vanuselises suurenemises, kaovad statistiliselt olulised erinevused tüdrukute vahel. Seega kehaga rahulolematuse ja isapoolse kontrolli mõjul vanuselisel suureneb osadel tüdrukutel rohkem kui teistel LSHS koguskoor.

Tabel 2. Tüdrukute ja poiste Laste Söömisohiaste Skaala skoori ja selle vanuselist muutust ennustavad riskitegurid

Sugu	Fikseeritud efekt				Kovariatsiooni parameetrid		
	Seletav muutuja	Koefitsent (SE)	Df	T	Parameeter	Koefitsent (SE)	X ²
T N=97	Vabaliige	17.03(1.23)	88.18	13.75**	AR1 diag	26.45(14.69)**	13.25**
	Vanus	2.44(.43)	81.43	2.81*	AR1 rho	.87(.32)**	
	TSSS	1.69(.28)	95.43	5.84**	VV	11.91(17.91)	
	Perfektsionism	.34(.16)	90.80	2.08*	RVK	6.83(8.27)	
	Enesehinnang	-.42(.17)	91.80	-2.50*	RV	3.95 (8.01)	
	Isapoolne kontroll	-.33(.22)	95.43	-1.51			
	Kehakujuga rahulolu	.31(1.50)	92.63	.19			
	Vanus x Kehakujuga rahulolu	-2.50(1.04)	81.33	-2.41*			
	Vanus x Isapoolne kontroll	.41(.16)	80.55	2.53*			
P N=97	Vabaliige	15.89(.77)	111.27	20.52**	EV	29.31(6.81)**	8.71**
	Vanus	-2.38(.44)	75.53	-5.45**	TV	22.88(8.82)*	
	TSSL	.73(.28)	92.48	2.56*	KV	23.27(5.98)**	
	Ärevus	.23(.11)	91.83	2.01*	ARH1 rho	.41(0.02)*	
	KMI	.67(.18)	81.55	3.70**	VV	25.68(5.96)**	
	Perfektsionism	.41(.12)	89.06	2.85*			

Märkus: ** $p = .0001$; * $p < .05$; T-Tüdrukud; P-Poisid; TSSL-Tajutud sotsiaalne surve lihaselisusele; TSSS- Tajutud sotsiaalne surve saledusele; KMI- Kehamassiindeks; VV – Vabaliikme varieeruvus (*intercept*); RV – Regressioonisirge tõusu varieeruvus; RVK – Regressioonisirge tõusu ja vabaliikme kovarieeruvus; EV- Esimese mõõtmiskorra varieeruvus; TV- Teise mõõtmiskorra varieeruvus, KV- Kolmanda mõõtmiskorra varieeruvus, diag- Diagonaal

Poistel vanusega LSHS koguskoori langus ei varieerunud statistiliselt olulisel määral ehk vanusega langes skoor poistel paralleelselt ($F_{(1,74.529)} = 29.798$, $p = .0001$). LSHS esialgset kõrgemat skoori ennustab aga 12-aastaselt mõõdetud tajutud sotsiaalne surve lihaselisusele ($F_{(1,92.481)} = 6.54$, $p = .01$), ärevus ($F_{(1,91.84)} = 4.05$, $p = .04$), KMI ($F_{(1,81.55)} = 13.71$, $p = .0001$) ja perfektsionismi $F_{(1,89.063)} = 8.14$, $p = .01$) kõrgem skoor. Riskitegurid seletavad 43,8% LSHS variatiivsusest poiste vahel.

LSHS alaskaala Kontroll vanuselist muutust ennustavad söömishäirete riskitegurid

Tüdrukute LSHS alaskaala Kontrolli ja selle vanuselist muutust ennustavate riskitegurite mudelid on toodud tabelis 3. Tüdrukutel ennustab alaskaala Kontroll kõrgemat esialgset skoori 12-aastaselt mõõdetud tajutud sotsiaalne surve saledusele ($F_{(1,100)} = 11.21$, $p = .001$) ja kõrgem ärevus ($F_{(1,92.87)} = 10.58$, $p = .002$). Riskitegurid seletavad 40.1% alaskaala Kontrolli tüdrukute vahelisest variatiivsusest. Nendel tüdrukutel, kellel on keskmisest kõrgem depressiooni skoor ($F_{(1,80.43)} = 7.18$, $p = .009$), suureneb LSHS alaskaala Kontroll statistiliselt oluliselt rohkem vanusega ($F_{(1,83.52)} = 7.81$, $p = .006$). Keskmisest ärevamatel tüdrukutel suureneb võrreldes vähem ärevate tüdrukutega Kontrolli skoor vähem ($F_{(1,79.71)} = 11.56$, $p = .001$). Võttes arvesse ärevust ja depressiooni LSHS alaskaala Kontrolli vanuselises suurenemises, kaovad statistiliselt olulised erinevused tüdrukute vahel. Seega ärevuse ja depressiooni tõttu suurenebki LSHS Kontrolli skoor osadel tüdrukutel rohkem või vähem kui teistel.

Tabel 3. Tüdrukute LSHS alaskaala Kontroll skoori ja selle vanuselist muutust ennustavad riskitegurid

Seletav muutuja	Fikseeritud efekt			Kovariatsiooni parameetrid		
	Koefitsent (SE)	df	t	Parameeter	Koefitsent (SE)	X ²
Vabaliige	1.80(.17)	94.38	10.20**	EV	1.56(.52)	
Vanus	.32(.12)	83.52	2.74*	TV	5.49(1.35)	
TSSS	.23(.07)	100.29	3.34*	KV	3.09(1.87)	
Ärevus	.09(.03)	92.87	3.25*	ARH1 rho	.19(.09)	
Depressioon	.01(.03)	94.28	.43	VV	1.37(.51)	5.98*
Vanus x ärevus	-.06(.02)	79.71	-3.4*	RV	.01(.50)	
Vanus x depressioon	.05(.02)	80.43	2.68*			

Märkus: N=100; ** $p = .0001$; * $p < .05$; TSSS- Tajutud sotsiaalne surve saledusele; VV – Vabaliikme varieeruvus (*intercept*); RV – Regressioonisirge tõusu varieeruvus; EV- Esimese mõõtmiskorra varieeruvus; TV- Teise mõõtmiskorra varieeruvus; KV- Kolmanda mõõtmiskorra varieeruvus

Poistel vanusega LSHS alaskaala Kontroll skoor vanusega ei muutunud, seega prospektiivsete mõjude uurimiseks viidi läbi mitmene regressioon analüüs, kus sõltuvaks muutujaks oli 14-aastaselt mõõdetud LSHS alaskaala Kontroll skoor ja sõltumatuteks muutujateks 12-aastaselt mõõdetud riskitegurid. Poiste puhul jäi ühises mudelis kõige olulisemaks ennustajaks vaid 12-aastaselt mõõdetud ärevus, mis seletab 17.5% ($F_{(1,98)} = 4.23$, $B = .13$, $SE = .03$, $\beta = .43$, $p = .0001$) Kontrolli alaskaala variatiivsusest.

LSHS alaskaala Hõivatus toidust ja kehakaalust vanuselist muutust ennustavad söömishäirete riskitegurid

Tüdrukute ja poiste LSHS alaskaala Hõivatus toidust ja kehakaalust ning selle vanuselist muutust ennustavate riskitegurite mudelid on toodud tabelis 4. Tüdrukutel LSHS alaskaala Hõivatus toidust ja kehakaalust kõrgemat esialgset skoori ennustab 12-aastaselt mõõdetud tajutud sotsiaalne surve saledusele ($F_{(1,136.92)} = 38.40$, $p = .0001$), KMI ($F_{(1,138.75)} = 3.91$, $p = .049$), kehakujuga rahulolematust ($F_{(1,130.67)} = 15.26$, $p = .0001$) ja enesehinnang ($F_{(1,129.24)} = 5.75$, $p = .018$). Riskitegurid seletavad 69.75% alaskaala Hõivatus toidust ja kehakaalust tüdrukute vahelisest variatiivsusest. Nendel tüdrukutel, kellel on keskmisest kõrgem KMI ($F_{(1,109.29)} = 5.67$, $p = .019$) suureneb vanusega Hõivatus toidust ja kehakaalust skoor statistiliselt oluliselt rohkem ($F_{(1,138.10)} = 194.39$, $p = .0001$). Tüdrukutel, kes tunnevad keskmisest rohkem sotsiaalset survet saledusele ($F_{(1,112.62)} = 3.75$, $p = .049$) suureneb vanusega Hõivatus toidust ja kehakaalust alaskaala skoor vähem. Võttes arvesse KMI-d ja tajutud sotsiaalset survet saledusele, LSHS alaskaala Hõivatus toidust ja kehakaalust skoori vanuselises suurenemises, jäävad tüdrukute vahelised erinevused statistiliselt oluliseks. Antud riskitegurid seletavad vaid 17.0% skoori tõusu erinevustest tüdrukute vahel.

Poistel LSHS alaskaala Hõivatus toidust ja kehakaalust kõrgemat esialgset skoori ennustab 12-aastaselt mõõdetud tajutud sotsiaalne surve lihaselisusele ($F_{(1,79.54)} = 19.85$, $p = .0001$), tajutud pubertaalsed muutused ($F_{(1,78.62)} = 6.34$, $p = .014$), depressioon ($F_{(1,77.17)} = 4.54$, $p = .036$), KMI ($F_{(1,78.38)} = 15.61$, $p = .0001$) ja isapoolne kontroll ($F_{(1,79.63)} = 10.34$, $p = .002$). Riskitegurid seletavad 71.2% alaskaala Hõivatus toidust ja kehakaalust poiste vahelisest variatiivsusest. Nendel poistel, kellel on keskmisest kõrgem depressioon ($F_{(1,89.94)} = 12.14$, $p = .001$), isapoolne kontroll ($F_{(1,83.00)} = 7.88$, $p = .006$) ja kes tajuvad enam sotsiaalset survet lihaselisusele ($F_{(1,84.11)} = 6.99$, $p = .010$) väheneb vanuselisel Hõivatus toidust ja kehakaalust statistiliselt oluliselt rohkem ($F_{(1,86.53)} = 30.38$, $p = .0001$). Võttes arvesse isapoolset kontrolli, depressiooni ja tajutud sotsiaalset survet lihaselisusele, alaskaala Hõivatus toidust ja kehakaalust skoori vanuselises vähenemises, pole poiste vahelised erinevused enam statistiliselt olulised.

Tabel 4. Tüdrukute ja poiste LSHS alaskaala Hõivatus toidust ja kehakaalust skoori ja selle vanuselist muutust ennustavad riskitegurid

Sugu	Fikseeritud efekt				Kovariatsiooni parameetrid		
	Seletav muutuja	Koefitsent (SE)	Df	t	Parameeter	Koefitsent (SE)	X ²
T N=142	Vabaliige	9.23(.66)	138.10	13.94**	AR1 diag	11.33(3.88)	
	Vanus	.87(.26)	111.23	3.27**	AR1 rho	.10(.02)	
	KMI	.26(.13)	138.75	1.98*	VV	9.94(2.31)	4.84*
	Enesehinnang	-.22(.08)	129.24	-2.40*	RV	4.72(1.16)	6.83**
	TSSS	1.11(.17)	136.92	6.20**			
	Kehakujuga rahulolu	-3.29(.85)	130.67	-3.90**			
	Vanus x KMI	.23(.09)	109.28	2.38*			
	Vanus x TSSS	-.24(.13)	112.62	-1.97*			
P N=92	Vabaliige	5.48(.67)	101.86	8.15*	AR1 diag	9.61(5.44)	
	Vanus	-1.4(.25)	86.53	-5.51**	AR1 rho	.21(.13)	
	TPM	2.00(.79)	78.61	2.52*	VV	11.19(6.78)	3.98*
	TSSL	.91(.21)	79.53	4.46**	RVK	-1.82(2.37)	
	Depressioon	.16(.08)	77.17	2.13*	RV	.31(2.08)	
	Isa poolt kontroll	.52(.16)	79.63	3.22*			
	Kehamassiindeks	.43(.11)	78.38	3.95*			
	Vanus x TSSL	-.27(.10)	84.11	-2.64*			
	Vanus x						
	Isapoolne kontroll	-.22(.08)	83.00	-2.81*			
	Vanus x depressioon	-.14(.79)	78.62	-3.49*			

Märkus. **p = .0001; *p < .05; T- Tüdrukud; P-Poisid; TSSS- Tajutud sotsiaalne surve saledusele; TSSL- Tajutud sotsiaalne surve lihaselisusele; KMI- Kehamassiindeks; TPM- Tajutud pubertaalsed muutused, VV – Vabaliikme varieeruvus (*intercept*); RV – Regressioonisirge tõusu varieeruvus, RVK – Regressioonisirge tõusu ja vabaliikme kovarieeruvus; Diag- diagonaal

LSHS alaskaala Tajutud sotsiaalne surve söömisele vanuselist muutust ennustavad söömishäirete riskitegurid

Tajutud sotsiaalse surve söömisele alaskaala ei muutunud vanusega poistel ega tüdrukutel seega prospektiivsete mõjude uurimiseks viidi läbi mitmene regressioonanalüüs, kus sõltuvaks muutujaks oli 14-aastaselt mõõdetud Tajutud sotsiaalse surve söömisele skoor ja sõltumatuteks muutujateks 12-aastaselt mõõdetud riskitegurid. Poiste ja tüdrukute lõplikud mudelid on toodud tabelis 5.

Tüdrukutel kõige olulisemaks prospektiivselt ennustajaks on madalam KMI ja mõnevõrra vähem olulised isa puudumine/perest eemalolek ning kõrgem ärevuse tase, seletades 25.5 % ($F_{(3,129)} = 16.03$, $p = .0001$) alaskaala Tajutud sotsiaalse surve söömisele variatiivsusest.

Poiste puhul on kõige olulisemaks ennustajaks madal KMI ja mõnevõrra vähem kõrgem püsiärevus, seletades 17.7% ($F_{(2,98)} = 9.59$, $p = .0001$) alaskaala Tajutud sotsiaalse surve söömisele variatiivsusest.

Tabel 5. 12-aastaselt mõõdetud söömishäirete riskitegurite võime ennustada LSHS alaskaalat Tajutud surve söömisele 14-aastaselt

Sugu	Riskitegur	B	SE	β	t	osakorrelatsioonid
Poisid	KMI	-.26	.07	-.35	-3.75**	-.35**
	Ärevus	.09	.03	.23	2.55*	.24*
Tüdrukud	Isa puudumine perest	1.76	.59	.22	2.94*	.22*
	Ärevus	.14	.04	.29	3.87**	.29*
	KMI	-.39	.08	-.34	-4.54**	-.34*

Märkus. ** $p = .0001$; * $p < .05$; KMI- Kehamassiindeks

LSHS alaskaala Piiramine vanuselist muutus ennustavad söömishäirete riskitegurid

Tüdrukutel ilmnes, et 13-aastaselt Piiramise alaskaala skoor väheneb ja suureneb seejärel uuesti 14-aastaselt. 12-aastaselt ja 14-aastaselt mõõdetud Piiramise skoori vahel erinevused puuduvad ($t = .26$, $df = 124$, $p = .793$) ehk Piiramise alaskaala skoor väheneb 14-aastaseks saades tagasi samale tasemele, mis 12-aastaselt. Kuna saadud tulemus on varasemate teooriatega vastuolus, kõrvutati antud tulemust kehakaalu reguleerimise meetodiga. Selleks hinnati, kas kehakaalu muutmiseks kasutatavate strateegiate (dieedi pidamine, kogu päeva nälgimine, toitumisharjumuste muutmine, söödava toidu hulga piiramine, toidukordade arvu vähendamine) sagedus suureneb vanusega. Ilmnes, et teooriatega kooskõllaliselt toidu piiramiseks kasutatavate strateegiate hulk ehk tegelik piirav käitumine suureneb läbi kolme aasta ($F = 8.67$, $df = 86$, $p = 0.004$) olles kõige madalam 12-aastaselt ($M = 3.36$, $SD = 2.96$), veidi kõrgem 13-aastaselt ($M = 4.43$, $SD = 3.09$) ja 14-aastaselt veelgi kõrgem ($M = 5.07$, $SD = 3.69$). Arvestades vastuolulist tulemust võib eeldada, et käesolevalt on tegemist juhusliku vähenemisega 13-aastaselt alaskaalas Piiramine, mis võib tuleneda skaala madalamast sisereleiaablusest 12- ja 13-aastaselt. Seega otsustati hinnata Piiramise alaskaala lõppskoori, mil alaskaala usaldusväärsus on aktspteeritaval tasemel

Tüdrukutel kõige olulisemaks Piiramise alaskaala prospektiivseks ennustajaks jäi teiste risikitegurite kõrval kehakujuga rahulolematus ja mõnevõrra vähem kõrgem kehamassindeks,

seletades vaid 9.8% ($F(2,133) = 8.37, p = .0001$) Piiramise alaskaala variatiivsusest. Tabelis 6 on toodud tüdrukutel Piiramise alaskaala mudel.

Poistel Piiramise alaskaala skoori vähenemine ei varieerunud statistiliselt olulisel määral ($F_{(1,128.30)} = 24.56, p = .0001$). Poistel alaskaalat Piiramine ennustavate riskitegurite mudel on toodud Tabelis 7. Poistel kõrgemat Piiramise esialgset skoori ennustab 12-aastaselt mõõdetud tajutud pubertaalsed muutused ($F_{(1,118.32)} = 8.17, p = .0001$) ja KMI ($F_{(1,114.75)} = 11.25, p = .001$), seletades 19.7% poiste vahelisest variatiivsusest. Tabelis 7 on toodud poistel Piiramise alaskaala mudel.

Tabel 6. Tüdrukutel 12-aastaselt mõõdetud söömishäirete riskitegurite võime ennustada LSHS alaskaala Piiramist 14-aastaselt

Riskitegur	B	SE	β	T	osakorrelatsioonid
Kehakujuga rahulolu	-1.67	.67	-.22	-2.47*	-.20*
KMI	.21	.10	.19	2.18*	.18*

Märkus. ** $p = .0001$; * $p < .05$; KMI- Kehamassiindeks

Tabel 7. Poistel 12-aastaselt mõõdetud söömishäirete riskitegurite võime ennustada LSHS alaskaala Piiramist 14-aastaselt

Seletav muutuja	Fikseeritud efekt			Kovariatsiooni parameetrid		
	Koefitsent (SE)	df	t	Parameeter	Koefitsent (SE)	X^2
Vabaliige	4.45(.38)	168.97	11.55**	EV	7.86(1.34)	
Vanus	-.87(.17)	128.30	-4.96**	TV	3.85(1.25)	
TPM	1.34(.47)	118.31	2.86*	KV	5.85(1.08)	
KMI	.21(.06)	114.75	3.36**	ARH1 rho	.06(.01)	
				VV	4.34(.99)	6.9*

Märkus. $N = 131$; ** $p = .0001$, * $p < .05$; TPM- Tajutud pubertaalsed muutused; KMI- Kehamassiindeks; VV – Vabaliikme varieeruvus (*intercept*); EV- Esimese mõõtmiskorra varieeruvus; TV- Teise mõõtmiskorra varieeruvus, KV- Kolmanda mõõtmiskorra varieeruvus

Arutelu

Varajases puberteedieas laste hulgas on häirunud söömiskäitumine tõsiseks probleemiks (Killen jt., 1996; Jones jt., 2001; Slane jt., 2014). Puberteediiga peetakse söömishoiakute ja -käitumise häirumise ja söömishäire väljakujunemise alguseks (Treasure jt., 2010) ning selles vanuses hakkavad välja kujunema ka soolised erinevused (Ferreiro jt.,

2012). Samuti häirunud söömiskäitumise kujunemise riskitegurite osas on leitud, et poiste ja tüdrukute vahel ilmneb mõningal määral sarnasusi, kuid domineerivad ka erinevused (Croll jt., 2002; Saling jt., 2005; Bearman jt., 2006; Downs jt., 2007; Ferreira jt., 2012; Jacskon & Chen, 2014). Seni on tehtud palju läbilõikelisi uuringuid, keskendutud häirunud söömiskäitumise ja –hoiakutele üldiselt, laskumata eri aspektidesse ning jäetud tagaplaanile häirunud söömiskäitumise kujunemine ja dünaamika poistel. Käesoleva magistritöö eesmärk oli uurida, kuidas häirunud söömiskäitumine ja selle erinevad aspektid muutuvad vanusega, ning tuvastada, millised risikitegurid on kõige olulisemateks ennustajateks nii poistel kui ka tüdrukutel. Töö põhirõhk ja tähelepanu oli häirunud söömiskäitumise ja-hoiakute erineval neljal aspektil: hõivatus toidust ja kehakaalust, tajutud sotsiaalne surve söömisele, toidukoguste piiramine ja kaloririkaste toitude vältimine ning toitumise ja sellele mõtlemise kontrolli tajumine.

Vastavalt varasemalt leitudle ilmnes, et varajases puberteedieas tüdrukutel häirunud söömishoiakud ja –käitumine vanusega suurenesid. Eelnevalt on leitud, et tüdrukute hulgas suureneb häirunud söömiskäitumine vanusega (Wood jt., 1992; Jones jt., 2001) ning avastatud, et seda buliimiliste sümptomite, toidust hõivatuse ja kehaga rahulolematuse arvelt (Slane jt., 2011). Käesolevas töös tuvastati, et häirunud söömishoiakute süvenemine tekib tüdrukutel toidust ja kehakaalust hõivatuse ning toitumise ja sellele mõtlemise kontrolli arvelt. See tähendab, et vanemaks saades hakkavad tüdrukud üha enam muretsema oma kehakaalu pärast ning mõtlema oma figuurist. Tunne, et toit kontrollib elu suureneb samuti ja kulutatakse rohkem aega toidust mõtlemisele. See võib tuleneda sellest, et tüdrukute hulgas kehaimidži olulisus vanusega suureneb (McCabe & Ricciardelli, 2005b) ning seda püütakse ka läbi toitumise kujundada. Lähtudes, et kõrgem häirunud söömiskäitumise tase ennustab aasta hiljem mõõdetud häirunud söömiskäitumist (Shomaker & Furman, 2009; Ferreira jt., 2012) ning aasta varem mõõdetud häirunud söömiskäitumise taset arvesse võttes jääb riskitegurite mõju marginaalseks (Wichstrøm, 2000) uuriti, kas häirunud söömishoiakute ja –käitumise üldine tõus sõltub tüdrukutel algsest tasemest. Ilmneski, et tüdrukutel, kellel 12-aastaselt esines rohkem häirunud söömiskäitumist suurenes see vanusega ka rohkem. Seega on tüdrukud, kellel häirunud söömiskäitumine suureneb, juba 12-aastaselt rohkem häirunud söömishoiakutega, mistõttu peaks ennetustöö hõlmama üha nooremaid tüdrukuid.

Kooskõlas varasemate uuringutega leidsime, et poistel häirunud söömishoiakud vanusega vähenesid (Ferreira jt., 2014). Täpsemalt, vähenevad poistel häirunud söömiskäitumine ja-hoiakud toidust ja kehakaalust hõivatuse ning toitumist piiravate hoiakute

arvelt. Poiste puhul selgitataksegi häirunud söömiskäitumise vähenemist sageli nende tendentsiga süüa kasvueas rohkem (Ferreiro jt., 2014), mistõttu võivad ka toitumist piiravad hoiakud väheneda. Poistel võib väheneda hõivatus toidust ja kehakaalust seoses kehaimidži olulisuse vähenemisega vanemaks saades (McCabe & Ricciardelli, 2005b).

Erinevalt tüdrukutest ei sõltunud üldine häirunud söömishoiakute ning piirava käitumise vähenemine poistel algsest tasemest. Samas hõivatus toidust ja kehakaalust vähenes rohkem poistel, kellel 12-aastaselt oli see kõrgem. Häirunud söömiskäitumise erinevate aspektide osas ei ilmnenud tüdrukutel seost algse tasemega, küll aga ilmnes, et piiravad hoiakud pärast 12-eluaastat vähenevad, olles 13-aastaselt madalamad, kuid 14-aastaselt tõusevad samale tasemele. Varasemalt on leitud, et kehalise väljanägemise olulisus (McCabe & Ricciardelli, 2005b) ning häirunud söömiskäitumine süveneb vanusega (Wood jt., 1992; Jones jt., 2001; Slane jt., 2011). Käesolev tulemus tõlgendati juhuslikuks, kuna toitumise piiramiseks kasutatavate meetodite sagedus siiski tüdrukutel vanusega kasvas. Tegemist on aga tulemusega, mis vajaks edaspidi jälgimist ja täpsustamist suuremal valimil ning võimalik, et olenemata kaalu reguleerimiseks kasutatavatest strateegiatest piiravad hoiakud siiski ajutiselt vähenevad, sest ka tüdrukutel on raske toitumist piirata seoses kasvuspurdiga (Shomaker jt., 2010). Teistelt surve tajumine söömisele ei muutunud vanuseliselt ei poistel ega tüdrukutel ning poistel jäi samale tasemele ka suutlikkus ennast toidu ja sellele mõtlemise suhtes kontrollida.

Ilmnes, et tüdrukute ja poiste häirunud söömishoiakud ei erine 12-aastaselt. Aasta hiljem, s.o 13-aastaselt, on neid aga tüdrukutel rohkem kui poistel. Selline tendents ilmneb ka toidust ja kehakaalust hõivatuse osas. Toitumise piiramise ning toidule ja sellele mõtlemise kontrolli osas ilmnevad soolised erinevused alles 14-aastaselt. See kinnitas varasemalt leitud, et häirunud söömiskäitumist on tüdrukutel poistest rohkem ja vanuselised erinevused kerkivad alles 13-aastaselt, olles kõige enam väljendunud 15-aastaselt (Ferreiro jt., 2012). Käesolev uuring tuvastas täpsemalt, et erinevused võivad tuleneda sellest, et poistel väheneb toitumise piiramine ning hõivatus toidust ja kehakaalust ning tüdrukutel suureneb toidule ja sellele mõtlemise kontroll ning hõivatus toidust ja kehakaalust. Võimalik, et tüdrukutel on selle taga neile esitatav kõhnuse iluideaal (López-Guimerà jt., 2010) ning poistel neile esitatav iluideaal lihaseline keha (Labre, 2002), mistõttu kõhnemaks muutumiseks tüdrukud üha rohkem üritavad kehakaalu langetada ja poisid lihastoonust tõsta (McCabe jt., 2002). Survet söömisele tajuvad tüdrukud poistest juba 12-aastaselt rohkem, mis võib tuleneda sellest, et vanemad pööravad tüdrukute välimusele rohkem tähelepanu kui poiste omale (Striegel-Moore

& Kearney-Cooke, 1994). Smolak (2004) toob välja, et varajases puberteedieas poistele ei seata nii tugevat survet saavutada mehe kehaideaal, kuid tüdrukutel on juba varases puberteedieas tunduvalt suurem surve kõhnuseideaali saavutamiseks. See võibki viia tüdrukud juba varem toitumise jälgimiseni, mis omakorda paneb ümbritsevaid inimesi märkama rohkem tüdrukute toitumist kui poiste oma ning seeläbi tüdrukud tajuvad söömisele ka rohkem survet teistelt inimestelt.

Häirunud söömiskäitumise riskitegurite osas ilmnes, et üldist kõrgemat skoori ennustab tüdrukutel 12-aastaselt rohkem tajutav sotsiaalne surve saledusele, kõrgem perfektsionism ja madalam enesehinnang. Kuna häirunud söömiskäitumine suurenes rohkem neil, kellel 12-aastaselt oli see kõrgem, siis antud riskitegurite mõju jääb püsima 14-aastaseks saamiseni. Teised riskitegurid nagu kehamassiindeks, ärevus, kehakujuga rahulolu, pubertaalsed muutused, depressioon, isa puudumine perest ning vanemlik tõrjutus ja kontroll polnud kõiki riskitegureid korraga arvesse võttes olulised üldise häirunud söömiskäitumise ennustajad. Ka varasemalt on leitud, et söömisprobleemide otseseks ennustajaks on tüdrukutel madal enesehinnang ning seosed ärevuse ja kiindumusstiili vahel jäävad kaudseks (Mayer jt., 2009). Samas varasemalt on rõhutatud depressiivsete sümptomite olulisust (Mayer jt., 2009; Jacobi jt., 2011; Ferreira jt., 2012), mis antud uuringus ei ilmnenu. Leidis siiski kinnitust, et perfektsionism on üks olulisemaid riskitegureid (Ferreira jt., 2012) ning olulist rolli häirunud söömiskäitumise kujunemisel mängib tüdrukutel tajutud sotsiaalne surve saledusele (Shomaker & Furman, 2009; Halliwell & Harvey, 2006; Caqueo-Úrizar, 2011). Häirunud söömiskäitumine tõusis rohkem tüdrukutel, kes polnud 12-aastaselt kehakujuga rahul ning tajusid selles vanuses rohkem isalpoolset kontrolli. Seega kuigi kehakujuga rahulolematutel tüdrukutel ja nendel, kes tajuvad rohkem isalpoolset kontrolli pole 12-aastaselt oluliselt kõrgem häirunud söömiskäitumine, siis pikaajaliselt on need oluliseks häirunud söömiskäitumise kujunemise mõjutajaks. Nende mõju vanuse suurenedes süveneb ning juba noorelt tajutav liigne isapoolne kontroll ja kehakujuga rahulolematuse suurendab häirunud söömiskäitumise sagedust. See on kooskõlas varasemate teooriatega, et puberteedieas tüdrukutel on kehaga rahulolematuse peamiseks häirunud söömishoiakute riskiteguriks (Johnson & Wardle, 2005), kuid käesolevas töös ilmneb, et selle mõju kerkib puberteedia jooksul ning pole 12-aastasel veel oluline. Samuti on leitud varasemalt, et söömishäiretega noorukid kogevad isa poolt kontrolli rohkem kui need, kellel söömishäiret pole ning emapoolse kontrolli puhul puuduvad erinevused (Canetti, 2008; Soenens, 2008). Seega ka

antud töö tulemused rõhutavad, et häirunud söömiskäitumise kujunemisel tüdrukute puhul on isapoolne kontroll olulisem riskitegur kui emapoolne kontroll.

Poistel üldist häirunud söömiskäitumist ennustas tüdrukutega sarnaselt 12-aastaselt tajutud sotsiaalne surve lihaselisusele ja kõrgem perfektsionism, kuid erinevalt tüdrukutest ennustas teiste riskitegurite kõrval seda oluliselt ka kõrgem kehamassiindeks ja ärevus ning oluline polnud madal enesehinnang. Ka varasemalt on leitud, et poistel on üheks olulisemaks häirunud söömiskäitumise ennustajaks ärevus ja perfektsionism (McCabe & Vincent, 2003) kuigi seejuures oli oluline ka madal enesehinnang, mida käesolev uuring ei kinnitanud. Samuti leidis kinnitust, et üheks olulisemaks riskiteguriks on poistel kehamassiindeks (Ferreiro jt., 2012). Lisaks Ferreiro jt. (2012) leidsid, et seejuures jäi ebaoluliseks nii nagu antud uuringus depressioon ja madal enesehinnang, kuid vastupidiselt nende tulemustele ja hoopis McCabe & Vincent (2003) tulemusi kinnitavalt oli perfektsionism üks olulisemaid riskitegureid. Ka läbilõikeliselt on leitud, et häirunud söömiskäitumise koguskoori ennustab kehamassiindeks vaid poistel (Muris jt., 2005). Samas tüdrukutel võib kehamassiindeks mõjuda läbi kehaga rahulolematuse (Stice & Shaw, 2002) ning kuna poistel polnud proportsionaalselt seda esindatud, siis jäi kehamassiindeksi otsene mõju oluliseks. Lisaks kategoriseerivad tüdrukud ennast rohkem ülekaaluliste hulka kui nad tegelikult on (Halliwell & Harvey, 2006), mistõttu reaalne kehakaal ei pruugigi söömiskäitumise ja –hoiakute häirumises oluliseimat rolli mängida. Sarnaselt tüdrukutega polnud poistel teiste riskitegurite kõrval olulised pubertaalsed muutused, depressioon, isa puudumine ning vanemlik tõrjutus ja kontroll. Poistel vähenes häirunud söömiskäitumine võrdselt, mistõttu neil, kellel 12-aastaselt oli kõrgem söömishoiakute ja –käitumise tase, jäi see kõrgemaks ka 14-aastaselt, mistõttu riskitegurite mõju jääb sarnaseks ka 14-aastaselt.

Häirunud söömishoiakute ja –käitumise erinevate aspektide osas ilmnes, et prospektiivselt ennustavad tüdrukutel kõige olulisemalt kaloririkaste toitade vältimist ja toidukoguste piiramist kõrgem kehamassiindeks ja kehakujuga rahulolematuse. Kuigi kehamassiindeks pole kõige olulisemaks üldise häirunud söömiskäitumise kujunemises, on see oluliseks piirava käitumise aspektis. Teised riskitegurid polnud ühises mudelis oluliseks toitumist piiravate hoiakute ennustajaks. Kuna toitumise piiramise osas ilmnes teooriale vastupidiselt hoiakute vähenemine, ehkki piiravat tüüpi kaalulangetamismeetodite sagedus tõusis, siis ei loodud mudelit tuvastamaks, kas tüdrukute vahel on erinevusi sõltuvalt algsest tasemest. Poistel vähenes kaloririkaste toitade vältimine ja toidukoguste piiramine vanuse suurenedes võrdselt. Seetõttu poistel, kellel 12-aastaselt oli kõrgem piirava käitumise tase, jäi

see kõrgemaks ka 14-aastaselt. Kõrgemat piiramise taset ennustas poistel, nii nagu tüdrukutel, kõrgem kehamassiindeks, ning erinevalt tüdrukutest ka tajutud pubertaalsed muutused. Samaselt tüdrukutega jäid teised riskitegurid ebaoluliseks.

Toitumise ja sellele mõtlemise kontrollimise osas ilmnas, et need tüdrukud, kes tajuvad rohkem sotsiaalset survet saledusele ja kellel on kõrgem püsiärevuse tase, mõtlevad rohkem toidule ja tunnevad, et toit kontrollib nende elu. Kehakujuga rahulolu, enesehinnang, pubertaalsed muutused, depressioon, perfektsionism, isa puudumine perest ning vanematepoolne tõrjutus ja kontroll polnud nende kõrval oluliseks ennustajaks. Ilmnas ka, et tüdrukutel, kellel on 12-aastaselt kõrgem püsiärevuse tase, suurenesid toitumise ja sellele mõtlemise kontrollimise probleemid ka vanusega vähem, kuid neil tüdrukutel, kellel on 12-aastaselt kõrgem depressioon, suurenesid rohkem. See võib tuleneda sellest, et juba 12-aastaselt kõrgema püsiärevusega tüdrukud tunnevad palju rohkem, et ei suuda ennast toidu ja sellele mõtlemise suhtes kontrollida, mistõttu neil vanusega suureneb selle tajumine vähem. Depressioon ei oma aga veel 12-aastaselt nii suurt mõju, kuid pikemaajaliselt nendel tüdrukutel, kes 12-aastaselt on keskmisest rohkem depressiivsed, suureneb rohkem ka tunne, et ei suudeta ennast toidu ja sellele mõtlemise suhtes kontrollida. Ka varasemalt on leitud, et ärevus ja depressioon on olulisemad häirunud söömiskäitumise ennustajad (Herpertz-Dahlmann jt., 2008), kuid käesolevast uuringust selgus, et püsiärevuse mõju avaldub juba väga varases puberteedieas, seejuures depressiooni mõju tugevneb vanusega ning 12-aastaselt pole veel nii oluline. Poistel ennustas kõige olulisemalt vaid kõrgem 12-aastaselt tajutav ärevuse tase pikemaajaliselt seda, et ei suudeta ennast toidu ja sellele mõtlemise suhtes kontrollida.

Toidust ja kehakaalust hõivatuse osas ilmnas, et tüdrukutel ennustab teistest riskiteguritest kõige olulisemalt selle suurenemist vanusega, suurema sotsiaalse surve saledusele tajumine, kõrgem kehamassiindeks, kehakujuga rahulolematuse ja madalam enesehinnang. Püsiärevus, pubertaalsed muutused, depressioon, perfektsionism, isa puudumine perest ning vanemlik tõrjutus ja kontroll ei olnud kõiki riskitegureid korraga arvesse võttes oluliseks toidust ja kehakaalust hõivatuse ennustajaks. Nendel tüdrukutel, kellel 12-aastaselt oli keskmisest kõrgem kehamassiindeks, tõusis hõivatus toidust ja kehaalust ka rohkem ning tüdrukutel, kes tajusid keskmisest rohkem sotsiaalset survet saledusele, tõusis see aeglasemalt. Võimalik, et juba 12-aastaselt on tüdrukutel, kes tajuvad rohkem survet saledussele, oluliselt kõrgem hõivatus toidust ja kehakaalust, mistõttu neil tüdrukutel see

enam vanusega ei tõuse, kuid kehamassiindeksi mõju tugevneb üha enam vanuse kasvades, omades pikaajaliselt üha enam mõju.

Poistel, nii nagu tüdrukutel, ennustab kõrgemat hõivatust toidust ja kehakaalust suurem sotsiaalse surve tajumine lihaselisusele ja kõrgem kehamassiindeks, kuid erinevalt tüdrukutest ennustab seda ka kõrgem depressioon, isapoolne kontroll ja pubertaalsete kehaliste muutuste tajumine. Nendel poistel, kellel 12-aastaselt on kõrgem isapoolne kontroll, depressioon ja kes tajuvad rohkem sotsiaalset survet lihaselisusele, väheneb hõivatus toidust ja kehakaalust rohkem. Seega isapoolne kontroll, sotsiaalse surve tajumine lihaselisusele ja depressioon ei oma pikaajalist mõju poistel hõivatusele toidust ja kehakaalust. Seega nende mõju tõttu vähenebki neil poistel, kes 12-aastaselt olid rohkem hõivatud toidust ja kehakaalust, vanusega see rohkem.

12-aastaselt mõõdetud madalam kehamassiindeks ja kõrgem püsiärevus ning tüdrukutel ka isa puudumine perest ennustavad söömisele tajutud sotsiaalse survet söömisele. Need tüdrukud ja poisid, kes on kõrgema KMI-ga ja vähem ärevad ei taju nii suurt survet söömisele. Ka varasemalt on läbilõikelise uuringus leitud, et nii poistel kui ka tüdrukutel ennustab madalam kehamassiindeks suurema surve tajumist söömisele (Muris jt., 2005). Üllatav on aga tulemus, et tüdrukud, kes ei ela isaga koos, tajuvad rohkem survet söömisele. On leitud, et mõlema vanemaga peredes süüakse sagedamini koos (Musick & Meier, 2012; Raymo jt., 2014) ning pere ühiste söömiskordade kvaliteet on seotud tüdrukutel häirunud söömiskäitumisega, kuid mitte poistel (White, Haycraft, & Meyer, 2014), mis võib viia olukorrani, et tüdrukud tajuvad rohkem survet söömisele. Lisaks on võimalik, et üksikemadega peredes on tütarde toitumisharjumused ebaregulaarsed ja nad söövad vähem ning seetõttu teised inimesed teevad rohkem märkusi seoses vajadusega süüa. See viib tüdrukud tundeni, et teda survestatakse sööma. Kindlasti oleks vajalik edasi, uurida millistel põhjustel täpsemalt isa puudumine perest mõjutab tüdrukutel tunnet, et neid survestatakse sööma.

Sarnaselt varasemate tulemustega ilmnes, et tüdrukute ja poiste häirunud söömiskäitumise osas esineb erinevusi, kuid ka sarnasusi (Croll jt., 2002; Saling jt., 2005; Bearman jt., 2006; Downs jt., 2007; Ferreira jt., 2012; Jacskon & Chen 2014). Ilmnes, et nii tüdrukutel kui ka poistel on oluliseks pikaajaliselt ennustajaks häirunud söömishoiakute ja -käitumise ning selle erinevate aspektide osas tajutud surve sotsiaalsele iluideaalile vastata, kõrgem kehamassiindeks, püsiärevus ja perfektsionism. Samas ilmnes, et pubertaalsete muutuste tajumine ning depressioon jäid oluliseks vaid poiste puhul ning depressiooni mõju ilmneb

tüdrukutel alles pikemajaliselt. Vaid tüdrukutel oli madalam enesehinnang ja isa puudumine perest oluliseks ennustajaks ning isapoolne kontroll omas pikaajalist mõju. Vanemlikel suhetel polnud poistel pikaajalist mõju. Tüdrukutel on nende hulk, kes kehakujuga rahul polnud ja kes tundsid hirmu pubertaalsete muutuste ees, proportsionaalselt suurem kui poistel. Kummalgi sool ei jäänud oluliseks häirunud söömiskäitumise ega selle erinevate aspektide ennustajaks vanematepoolne tõrjutus ning emapoolne kontroll. Ka varasemalt on leitud, et pubertaalsed muutused omavadki väiksemat rolli, kui võtta arvesse teisi riskifaktoreid (McCabe & Ricciardelli, 2003) ning emapoolne kontroll on vähem oluline kui isapoolne (Canetti, 2008; Soenens, 2008). Võimalik, et siiski mõjutavad häirunud söömiskäitumise ja –hoiakute kujunemist poistel rohkem temperamendi omadused mitte niivõrd vanemlikud suhted ning tüdrukutel on olulisemad suhted isaga kui emaga. Lisaks on võimalik, et vanemlike suhete mõju jääb pigem kaudseks. Kuigi poistel on tüdrukutega sarnased riskitegurid söömiskäitumise häirumiseks, siis sellegi poolest tüdrukute hulgas see tõuseb ja poiste hulgas langeb, mis võib tulenda sellest, et psühholoogiline distress mõjutab poisse pigem mõnuainete tarvitamiseni aga tüdrukuid söömishäiretele (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Pelayo-Delgado, & Calaf, 2007).

Kindlasti tuleb arvestada käesoleva töö piirangutega. Tegemist on populatsioonipõhise ja häirunud söömiskäitumist käsitleva uuringuga, mistõttu pole võimalik eristada söömishäiretega lapsi. Saadud tulemusi tuleks edasi uurida söömishäirete kujunemise kontekstis, mida saaks tuvastada diagnostilise kliinilise intervjuuga. Samuti polnud poistel kehakujuga rahulolematust võimalik vaadelda, sest kehaga rahulolematute poiste osakaal oli liialt väike. Lisaks häirunud söömiskäitumise ja –hoiakute ning selle erinevate aspektide osas jäi esialgse skoori varieeruvuse osas veel lastevahelisi erinevusi, mida antud riskifaktorid täielikult ei seletanud, mistõttu on oluline edaspidi kaasata ühise uuringusse ka teisi riskifaktoreid, nagu näiteks bioloogilised ja keskkondlikud tegurid.

Käesoleva töö tulemused viitavad võimalusele, et varasemad ebaühtlased tulemused häirunud söömiskäitumise uurimises ja puuduv konsensus selles osas, millised riskifaktorid on kõige olulisemateks riskiteguriteks (Herpertsz-Dahlmann jt., 2008), ongi tulenenud üldistavatest uuringutest ning riskitegurite olulisus sõltub häirunud söömiskäitumise erinevatest aspektidest, mistõttu tasub edasistes uuringutes viimastele rohkem tähelepanu pöörata. Lisaks on uuringu tulemused olulised ennetustöö planeerimise seisukohalt, sest kuigi on ka teisi olulisi riskitegureid siis käesolevalt on olulisel kohal olnud kehaga

rahulolematusele keskenduvad ennetusprogrammid (Stice, Becker, & Yokum, 2013), kuid töö kinnitab, et tagaplaaniline ei tohiks jätta ka teisi riskitegureid.

Kirjanduse loetelu

- Aasvee, K. & Minossenko, A. (2011). Tervisekäitumine. *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring 2009/2010 õppeaasta*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Aasvee, K., Streimann, K., Karelson, K., Oja, L., & Trummal, A. (2009). Tervisekäitumine. *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine 2005/2006. õppeaasta uuringu raport*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Ata, R. N., Ludden, A. B., & Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal Of Youth And Adolescence*, 36(8), 1024-1037
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (2), 229-241.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Pelayo-Delgado, E., & Calaf, M. (2007). Are there gender-specific pathways from early adolescence psychological distress symptoms toward the development of substance use and abnormal eating behavior? *Child Psychiatry and Human Development*, 37(3), 193-203
- Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S., & ... Macedo, A. (2010). Perfectionism and eating behaviour in Portuguese adolescents. *European Eating Disorders Review*, 18(4), 328-337.
- Button, E. J., & Loan, P. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged.. *International Journal Of Eating Disorders*, 21(1), 39-47.
- Bliese, P. D. & Ployhart, R. E. (2002). Growth modeling using random coefficient models: Model building, testing, and illustrations. *Organizational Research Methods*, 5, 362-387.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: The contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal Of Clinical Psychology*, 64(6), 703-716.
- Carter, R., Silverman, W. K., & Jaccard, J. (2013). Race and perceived pubertal transition effects on girls' depressive symptoms and delinquent behaviors. *Journal Of Youth And Adolescence*, 42(8), 1155-1168.
- Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., Toro, J., Gutiérrez-Maldonado, J., Peñaloza, C., Cuadros-Sosa, Y., & Gálvez-Madrid, M. J. (2011). Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image*, 8(1), 78-81.

- Combs, J. L., Pearson, C. M., & Smith, G. T. (2011). A risk model for preadolescent disordered eating. *International Journal Of Eating Disorders*, 44(7), 596-604.
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P., & Suris, J. (2009). Disordered eating behaviors: What about boys?. *Journal Of Adolescent Health*, 44(2), 111-117.
- Dorn, L. D., & Biro, F. M. (2011). Puberty and its measurement: A decade in review. *Journal Of Research On Adolescence*, 21(1), 180-195.
- Carter, R., Jaccard, J., Silver, W. K., & Pina, A.A. (2009) Pubertal timing and its link to behavioral and emotional problems among 'at-risk' African American adolescent girl. *Journal of Adolescence*, 32, 467-481.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviours among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31, 166–175.
- Curran, P.J., Obeidat, K., & Losardo, D.(2010). Twelve frequently asked questions about growth curve modeling, *Jouranal of Cognition and Development*, 11(2), 121-136.
- Downs, D. S., DiNallo, J. M., Savage, J. S., & Davison, K. K. (2007). Determinants of eating attitudes among overweight and nonoverweight adolescents. *Journal Of Adolescent Health*, 41(2), 138-145.
- Eha, M. (2012). Tervisekäitumine. M. Raias (Toim.) *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine: 2009/2010 õppeaasta Eesti HBSC uuringu raport*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Espinoza, P., Penelo, E., & Raich, R. M. (2010). Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: What happens 2 years later?. *Body Image*, 7(1), 70-73.
- Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2012). Gender-related risk and protective factors for depressive symptoms and disordered eating in adolescence: A 4-year longitudinal study. *Journal Of Youth And Adolescence*, 41(5), 607-622.
- Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2014). Toward understanding the role of body dissatisfaction in the gender differences in depressive symptoms and disordered eating: A longitudinal study during adolescence. *Journal Of Adolescence*, 37(1), 73-84.
- Fitzmaurice, G. M., Laird, N. M., & Ware, H. (2011) Modeling the mean: Parametric curves. *Applied Longitudinal Analysis* (2th ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Garner, D. M. , Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 9, 273-279.
- Gibbons, R. D., Hedeker, D., & DuToit, S.(2010). Advances in analysis of longitudinal data. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 79-107.
- Grave, R. D. (2011). Eating disorders: Progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22(2), 153-160.

- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., de Irala-Estévez, J., & Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal Of Eating Disorders*, 31(3), 261-273.
- Halliwel, E. & Harvey, M. (2006) Examination of a sociocultural model of disordered eating among male and female asolescents, *British Journal of Healt Psychology*, 11, 235-248
- Heck, R.H, Thomas, S.L., & Tabata, L.N. (2010). Examining individual change with repeated measure data. *Multilevel and longitudinal modeling with IBM SPSS: Quantitative methodology series*, New York: Routledge.
- Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T. D., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and healthrelated quality of life: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 82-91.
- Jackson, T., & Chen, H. (2014). Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: A two year longitudinal study of mainland Chinese boys and girls. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 791-802.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41(9), 1939-1949.
- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary Restraint, Body Dissatisfaction, and Psychological Distress: A Prospective Analysis. *Journal Of Abnormal Psychology*, 114(1), 119-125
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G.(2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 547-552.
- Jones, D. C., Bain, N., & King, S. (2008). Weight and muscularity concerns as longitudinal predictors of body image among early adolescent boys: A test of the dual pathways model. *Body Image*, 5(2),195-204.
- Kalde, K. (2013).Perfektsionismi struktuuri areng varases puberteedieas lastel. Magistritöö. Psühholoogia Instituut: Tartu Ülikool.
- Keel, P.K., Fulkerson, J.A., & Leon, G.R. (1997). Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 203–216.
- Killen, J. D., Hayward, C., Wilson, D. M., Taylor, C. B., Hammer, L. D., Lift, I., & ... Haydel, F. (1994). Factors Associated with Eating Disorder Symptoms in a Community Sample of 6th and 7th Grade Girls. *International Journal Of Eating Disorders*, 15(4), 357-367

- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatry*, 46, 305–315.
- Labre, M. P. (2002). Adolescent boys and the muscular male body ideal. *Journal Of Adolescent Health*, 30(4,Suppl), 233-242.
- Laurson, K. R., Eisenmann, J. C., & Welk, G. J. (2011). Body mass index standards based on agreement with health-related body fat. *American Journal Of Preventive Medicine*, 41(4, Suppl 2), S100-S105.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., Daniels, S. R. (1988). Reliability Testing of a Children'sb Version of the Eating Attitude Test. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541–543.
- Mayer, B., Muris, P., Meesters, C., & Zimmermann-van Beuningen, R. (2009). Brief report: Direct and indirect relations of risk factors with eating behavior problems in late adolescent females. *Journal Of Adolescence*, 32(3), 741–745.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2005a). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research And Therapy*, 43(5), 653-668.
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. (2005b). A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children. *Applied Developmental Psychology*, 26, 559–577.
- McCabe, M. P. & Vincent, M. A. (2003). The Role of Biodevelopmental and Psychological Factors in Disordered Eating Among Adolescent Males and Females. *European Eating Disorders Review*, 11, 315-328.
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., & Finemore, J. (2002). The role of puberty, media and popularity with peers on strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls. *Journal Of Psychosomatic Research*, 52(3), 145-154.
- Morris, K. V., Parra, G. R., & Stender, S. S. (2011). Eating attitudes and behaviors among female college students. *Journal Of College Counseling*, 14(1), 21-33.
- Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W., & Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6(1), 11-22.
- Musick, K. & Meier, A. (2012). Assesing causality and persistence in associations between family dinners and adolescent well-being. *Journal of Marriage and Familty*, 74, 476-493.
- Neumark-Sztainer, D., & Hannan, P.J. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 569-577.
- O'Connor, R. C., Dixon, D., & Rasmussen, S. (2009). The Structure and Temporal Stability of the Child and Adolescent Perfectionism Scale. *Psychological Assessment*, 21, 437 –

443.

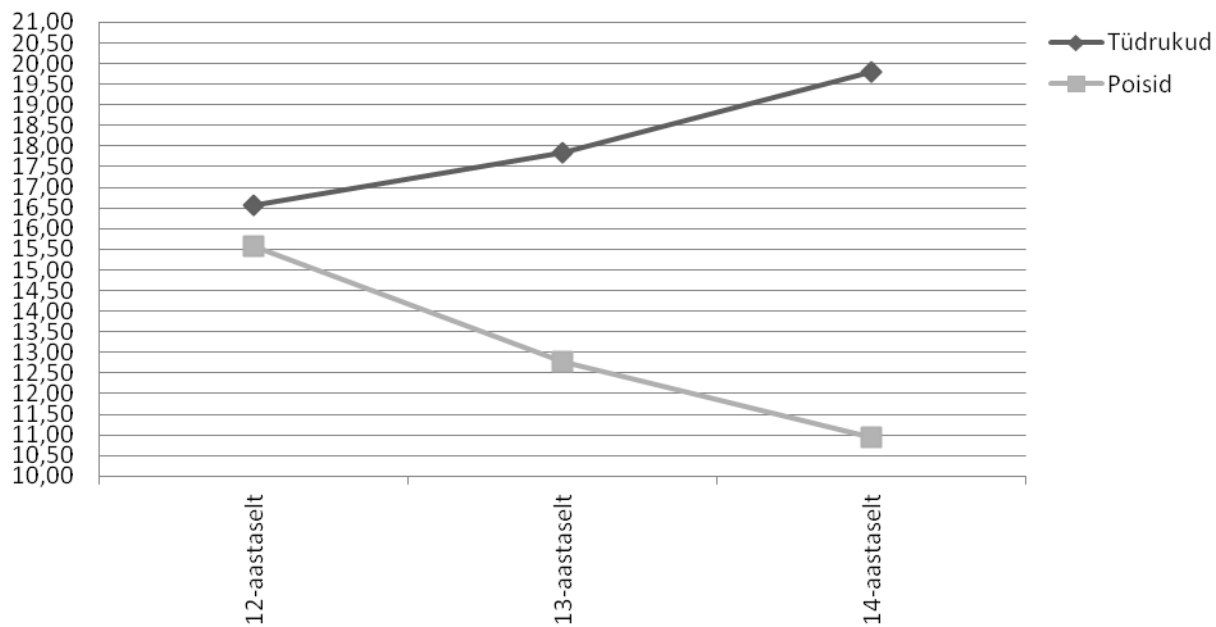
- Pearson, C. M., Combs, J. L., & Smith, G. T. (2010). A risk model for disordered eating in late elementary school boys. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 24(4), 696-704.
- Polli, A. (2011). Laste söömishoiakute skaala adabteerimine Eesti laste valimil. *Seminaritöö*. Psühholoogia Instituut: Tartu Ülikool.
- Pruulmann, K. (2006). Koolitõrke funktsionaalsed põhjused ning nende seos põhikooli õpilaste õpimotivatsiooni, kliinilise sümptomaatika ja isiksuseomadustega. *Magistrip projekt kliinilises psühholoogias*. Tartu Ülikool, psühholoogia osakond.
- Pullmann, H. & Allik, J. (2000). The Rosenberg self-esteem scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715
- Raymo, J. M. Hyundjoon, P. , Iwasawa, M., & Yanfei, Z. (2014). Single Motherhood, Living Arrangements, and Time with Children in Japan, *Journal of Marriage and Family*, 76, 843-861
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21, 325-344.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.
- Rodgers, R. F., Ganchou, C., Franko, D. L., & Chabrol, H. (2012). Drive for muscularity and disordered eating among French adolescent boys: A sociocultural model. *Body Image*, 9(3), 318-323.
- Rohner, R. P. (2005). Parental Acceptance-Rejection/Control Questionnaire (PARQ/Control): Test manual. Rohner, R. P., Khaleque, A. (Eds.), *Handbook for the study of parental acceptance and rejection* (pp. 137-186). Storrs, CT: Rohner Research.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent child*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Samm, A., Värnik, A., Tooding, L., Sisask, M., Kõlves., K. & von Knorring, A. (2008). Children's Depression Inventory in Estonia: Single items and factor structure by age and gender. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 17(3), 162-170.
- Saling, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., (2005). A prospective study of individual factors in the development of weight and muscle concerns among preadolescent children. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 651-661.
- Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shomaker, L. B., Tanofsky-Kraff, M., Savastano, D. M., Kozlosky, M., Columbo, K. M., Wolkoff, L. E., Zocca, J. M., Brady, S. M., Yanovski, S. Z., Crocker, M. K., Ali, A.,

- Yanovski, J. A., (2010). Puberty and observed energy intake: boy, can they eat! *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 92 (1), 123-129.
- Shomaker, L. B., & Furman, W. (2009). Interpersonal influences on late adolescent girls' and boys' disordered eating. *Eating Behaviors*, 10(2), 97-106.
- Slane, J. D., Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. (2014). Developmental trajectories of disordered eating from early adolescence to young adulthood: A longitudinal study. *International Journal Of Eating Disorders*, 47(7), 793-801.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: Where do we go from here?. *Body Image*, 1(1), 15-28.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Vandereycken, W., Luyten, P., Sierens, E., & Goossens, L. (2008). Perceived parental psychological control and eating-disordered symptoms: Maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 196(2), 144-152.
- Snoek, H. M., van Strien, T., Janssens, J. M., & Engels, R. E. (2008). Restrained eating and BMI: A longitudinal study among adolescents. *Health Psychology*, 27(6), 753-759.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). Preliminary manual of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stice, E., Becker, C. B., & Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *International Journal Of Eating Disorders*, 46(5), 478-485.
- Stice, E., Burton, E. M., & Shaw, H. (2004). Prospective Relations Between Bulimic Pathology, Depression, and Substance Abuse: Unpacking Comorbidity in Adolescent Girls. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72(1), 62-71
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic research*, 53,985-993.
- Striegel-Moore, R. H., & Kearney-Cooke, A. (1994). Exploring parents' attitudes and behaviors about their children's physical appearance. *International Journal Of Eating Disorders*, 15(4), 377-385
- Sylvers, P., Lilienfeld, S. O., & LaPrairie, J. L. (2011). Differences between trait fear and trait anxiety: Implications for psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 122-137.
- Treasure, J., Claudino, A.M., Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375 , 583–593.
- Tulviste, T., Rohner, R. P. (2010). Relationships Between Perceived Teachers' and Parental Behavior and Adolescent Outcomes in Estonia. *Cross-Cultural Research*, 44, 222–238.
- Veses, A. M., Gómez-Martínez, S., Pérez de Heredia, F., Esteban-Cornejo, I., Castillo, R., Estechea, S., García-Fuentes, M., Veiga, O. L., Calle, M. E., Marcos, A. (2015). Cognition and the risk of eating disorders in Spanish adolescents: the AVENA and

- AFINOS studies, *European Journal of Pediatrics*, 174(2), 229-236.
- West, B. T. (2009). Analyzing Longitudinal Data with the Linear Mixed Models Procedure in SPSS, *Evaluation & the Health Professions*, 32(3), 207-228
- White, H. J., Haycraft, E., & Meyer, C. (2014). Family mealtimes and eating psychopathology: The role of anxiety and depression among adolescent girls and boys. *Appetite*, 75, 173-179.
- Wichstrøm, L. (2000). Psychological and behavioral factors unipredictive of disordered eating: A prospective study of the general adolescent population in Norway. *International Journal Of Eating Disorders*, 28(1), 33-42.
- Wood, A., Waller, G., Miller, J., & Slade, P. (1992). The Development of Eating Attitude Test Scores in Adolescence. *International Journal Of Eating Disorders*, 11(3), 279-282.
- World Health Organization (2004). Eating Disorders, *Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options. Summary report*. Viimati vaadatud 24.05.2015
- http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Lisad

Lisa 1. Laste Söömisohiakute Skaala keskmised tüdrukutel ja poistel



Lisa 2. Poiste ja tüdrukute Laste Söömisshoiakute Skoori ja selle alaskaalade null mudelid

Sõltuv muutuja	Sugu	Fikseeritud efekt				Juhuslik efekt		
		Seletav muutuja	Koefitsent (SE)	df	t	Parameeter	Koefitsent (SE)	Wald Z
LSHS	T	vabaliige	18.41(.77)	164.025	23.64*	JV	38.72(3.78)	10.22*
						VV	81.42(11.20)	7.20*
	P	vabaliige	13.22(.68)	123.95	19.28*	JV	35.04(3.93)	8.91*
						VV	43.30(7.85)	5.52*
Kontroll	T	vabaliige	2.26(.16)	178.057	13.83*	JV	3.69(.31)	11.56*
						VV	3.03(11.20)	6.14*
	P	vabaliige	1.85(.16)	123.35	11.59*	JV	2.02(.21)	9.49*
						VV	2.44(.43)	5.61*
Hõivatus toidust ja kehakaalust	T	vabaliige	7.88(.49)	171.757	16.04*	JV	13.36(1.16)	11.44*
						VV	35.71(4.49)	7.94*
	P	vabaliige	4.93(.41)	126.622	11.92*	JV	11.17(1.14)	9.84*
						VV	17.65(2.86)	6.16*
Piiramine	T	vabaliige	4.76(.21)	166.757	22.21*	JV	4.92(.42)	11.54*
						VV	5.78(.87)	6.64*
	P	vabaliige	4.37(.25)	127.019	17.54*	JV	6.78(.67)	10.15*
						VV	5.45(1.06)	5.13*
Tajutud sotsiaalne surve söömisele	T	vabaliige	4.27(.23)	173.821	13.96*	JV	4.43(.37)	11.92*
						VV	7.78(1.03)	7.52*
	P	vabaliige	2.06(.18)	130,611	11.31*	JV	2.87(.27)	10.29*
						VV	3.22(.55)	5.84*

Märkus: * $p < .05$; VV – Vabaliikme varieeruvus (*intercept*); JV – Jäägi varieeruvus; T- Tüdrukud; P – Poisid

Lisa 3. LSHS ja selle alaskaalade vanuseline muutus poistel ja tüdrukutel

Sõltuv muutuja	Sugu	Fikseeritud efekt				Kovariatsiooni parameetrid		
		Seletav muutuja	Koefitsent (SE)	Df	t	Parameeter	Koefitsent (SE)	X ²
LSHS	T N=167	Vabaliige	16.95(.72)	143.43	23.38**	AR1 diag	35.59(16.58)	
		Vanus	1.33(.43)	131.68	3.14**	AR1 rho	.87(.32)	
						VV	48.92(11.92)	140.26**
						RVK	11.43(4.86)	14.71**
						RV	5.59 (2.11)	15.07**
	P N=129	Vabaliige	15.51(.84)	117.12	18.45*	EV	43.85(8.37)	
		Vanus	-2.21(.42)	95.43	-5.36*	TV	22.34(10.32)	
						KV	19.73(5.35)	
						ARH1 rho	.41(0.02)*	
						VV	45.77(8.02)**	74.35**
Kontroll	T N=172	Vabaliige	1.86(.15)	162.56	11.93**	EV	1.55(.51)	
		Vanus	.43(.11)	142.73	3.78**	TV	5.01(1.05)	
						KV	3.09(1.62)	
						ARH1 rho	.17(.01)	
						VV	2.35(.50)	81.54**
	P N=131	Vabaliige	1.87(1.87)	212.77	10.04**	JV	1.81(.22)**	
		Vanus	-.02(.10)	196.70	-.25	VV	2.22(.15)	65.63**
Hõivatus toidust ja kehakaalust	T N=172	Vabaliige	7.16(.48)	164.71	14.78**	AR1 diag	15.75(8.12)*	
		Vanus	.78(.24)	144.80	3.25**	AR1 rho	.29(.03)**	
						VV	23.85(9.84)	222.63**
						RV	4.11(1.52)	8.05**
	P N=132	Vabaliige	6.01(.53)	121.82	11.21	AR1 diag	6.40(.52)**	
		Vanus	-1.12(.23)	120.96	-4.81**	AR1 rho	-.83(.07)**	
						VV	30.37(4.89)	112.06**
						RVK	-6.73(1.82)	15.73*
						RV	2.49(.98)	5.43*

Jätkub

Lisa 3. Jätkub

Sõltuv muutuja	Sugu	Fikseeritud efekt				Kovariatsiooni parameetrid		
		Seletav muutuja	Koefitsent (SE)	df	T	Parameeter	Koefitsent (SE)	χ^2
Piiramine	T N=171	Vabaliige	5.08(.24)	161.57	21.12**	AR1 diag	3.14(1.95)*	
		Vanus	-1.48(.41)	164.33	-3.59**	AR1 rho	.70(.04)*	
		Vanus*Vanus	.68(.19)	130.28	3.48**	VV	6.15(1.95)	109.645**
						RVK	-.50(.04)	4.02*
						RV	1.48(.41)	13.94**
	P N=133	Vabaliige	5.18(.30)	181.96	17.131**	EV	7.96(1.41)**	
		Vanus	-.87(.17)	128.85	-5.016*	TV	4.40(1.46)**	
						KV	5.75(1.10)**	
						ARH1 rho	13(.02)*	
						VV	5.42(1.17)	61.47**
Tajutud sotsiaalne surve söömisele	T N=174	Vabaliige	3.08(.25)	248.72	11.76**	AR1 diag	5.16 (.81)	
		Vanus	.23(.13)	295.54	1.77	AR1 rho	.21(.09)	
						VV	7.08(1.21)**	12.11**
	P N=133	Vabaliige	2.14(.21)	177.26	10.10**	EV	3.64(1.26)	
		Vanus	-.10(.12)	93.41	-.86	TV	2.08(1.6)	
						KV	4.21(1.31)	
						ARH1	.22(.37)	
						VV	2.75(1.39)	79.73**

Märkus: * $p < .05$; VV – Vabaliikme varieeruvus (*intercept*); RV – Regressioonisirge tõusu varieeruvus; RVK – Regressioonisirge tõusu ja vabaliikme kovarieeruvus; EV- Esimese mõõtmiskorra varieeruvus; TV- Teise mõõtmiskorra varieeruvus, KV- Kolmanda mõõtmiskorra varieeruvus, JV- Jäägi varieeruvus; diag- Diagonaal, T- Tüdrukud; P – Poisid

Lisa 4. Söömishäirete riskitegurite omavahelised seosed ja keskmised poistel

Riskifaktor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	K (SD)
1.TSSL	1	.39**	.19*	.22*	.09	.29**	.11	-.19*	.30**	.34**	3.55 (2.44)
2.Ärevus		1	.58**	.26**	.17	.47**	.22*	-.52**	.51**	.08	11.89 (6.90)
3.Depressioon			1	.21*	.09	.56**	.43**	-.78**	.57**	.11	11.83 (6.53)
4.Ema poolt kontroll				1	.53**	.27**	.04	-.19*	.27**	.21*	13.33 (2.95)
5.Isa poolt kontroll					1	-.01	.15	-.05	.14	.07	12.91 (3.01)
6.Ema poolt tõrjutus						1	.52**	-.53**	.38*	.11	36.38 (10.54)
7. Isa poolt tõrjutus							1	-.36**	.09	-.03	38.21 (10.82)
8.Enesehinnang								1	-.58**	-.11	14.54 (3.58)
9.Perfektsionism									1	.03	10.28 (4.72)
10. KMI										1	19.06 (4.72)

Märkus: ** $p < .0001$; * $p < .05$; K-keskmine; SD- standard hälve; TSSL- tajutud sotsiaalne surve lihaselisusele; KMI- Kehamassiindeks

Lisa 5. Söömishäirete riskitegurite omavahelised seosed ja keskmised tüdrukutel

Riskifaktor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	K (SD)
1.HPM	1	.34**	.16*	.16*	-.02	-.09	.09	-.01	-.25**	-.11	-.38**	
2.TSSS		1	.35**	.40**	.15	.09	.20*	.16	-.44**	.11	.52**	3.77 (2.59)
3.Ärevus			1	.63**	.13	.06	.40**	.35**	-.57**	.27**	-.01	14.80 (7.51)
4.Depressioon				1	.13	.08	.62**	.36**	-.80**	.47**	.09	11.51 (7.63)
5.Ema poolt kontroll					1	.44**	.12	.08	-.06	.24**	-.06	12.52 (2.68)
6.Isa poolt kontroll						1	-.01	.15	-.08	.17	.03	12.28 (3.02)
7.Ema poolt tõrjutus							1	.51**	-.49**	.39**	.00	34.17 (9.41)
8. .Isa poolt tõrjutus								1	-.31**	.20*	.06	34.69 (9.81)
9.Enesehinnang									1	-.32**	-.11	14.15 (4.17)
10.Perfektsionism										1	-.17*	8.92 (4.07)
11. KMI											1	18.49 (3.42)

Märkus. ** $p < .0001$; * $p < .05$; K-keskmine; SD- standard hälve; TSSS- tajutud sotsiaalne surve saledusele; HPM- hirm pubertaalsete muutuste ees; KMI- Kehamassiindeks

Tänu sõnad

Suured tänud oma juhendajale Kirsti Akkermannile õpetussõnade, abi, toetamise ja motiveerimise eest, Karin Tähele andmeanalüüsi teemalise diskussiooni eest ja Katrin Kukkele töö tagasisidestamise ja täiendavate ettepanekute eest ning kõikidele teistele, kes olid mingil viisil abiks magistritöö valmimisel.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina Iris Velling
(sünnikuupäev: 13.06.2013)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose
Häirunud söömiskäitumise psühholoogilised riskifaktorid 12-14-aastastel lastel:
longituuduuring

mille juhendaja on Kirsti Akkermann

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 25.05.2015